

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en
adolescentes con intento de suicidio**

TESIS

**Para Optar el Grado de Magíster en psicología con mención en Psicología Clínica
y de la Salud**

AUTOR

Percy Guzmán Grados

Lima-Perú

2012

*Para Iris y Augusto,
desde su eternidad*

*Para Sonia,
ahora y siempre*

IDEAS IRRACIONALES Y DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

PERCY GUZMÁN GRADOS

RESUMEN

Esta investigación se formula y desarrolla para abordar la problemática de la conducta suicida en los adolescentes. El objetivo del estudio es determinar las ideas irracionales prevalecientes y su magnitud en los adolescentes con intento de suicidio, establecer las características de sus dimensiones de la personalidad y explorar las relaciones entre estas variables, a partir de los modelos teóricos de Albert Ellis y de Hans Eysenck.

El diseño de estudio es correlacional; se utilizó una muestra de 57 adolescentes (38 mujeres, 19 varones) de 14 a 18 años con al menos un año de estudios secundarios, que fueron internados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue por haber realizado un intento de suicidio. Se emplearon dos grupos de control: adolescentes que fueron hospitalizados por otras causas ($n= 57$), y adolescentes que no recibían asistencia en el hospital ($n= 63$).

El muestreo en los tres grupos fue intencional, y a todos los sujetos ($n= 177$) se les aplicó el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), para evaluar las dimensiones de la personalidad; y el Registro de Opiniones (REGOPINA), que mide la presencia de seis ideas irracionales de acuerdo con el enfoque de la Psicoterapia Racional Emotiva.

Las principales conclusiones señalan que los adolescentes con intento de suicidio presentan una mayor cantidad de ideas irracionales que los que no han cometido tales intentos ($p< 0.01$), y específicamente los caracterizan tres de ellas; y que no hay diferencias significativas en las dimensiones de la personalidad entre ambos grupos. Asimismo, que las ideas irracionales correlacionan en forma negativa con la Extraversión en el segundo grupo ($r= -0.277$, $p< 0.01$) y en forma positiva con el Neuroticismo en ambos grupos ($r= 0.517$, $p< 0.01$; $r= 0.370$, $p< 0.01$), estando fuertemente asociadas con la presencia de desajustes personales y problemas de adaptación con el medio social, incluyendo la emergencia de conducta suicida.

Los resultados pueden aplicarse en programas de prevención a través de la detección temprana de adolescentes en riesgo de conducta suicida.

Términos Claves: *Adolescentes, Conducta suicida, Ideas irracionales, Dimensiones de la personalidad.*

INDICE

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.....	07
---------------------------------------	-----------

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación.....	11
1.2 Justificación.....	14
1.3 Limitaciones.....	17
1.4 Objetivos.....	18

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.2 Marco teórico conceptual.....	35
2.2.1 La Teoría de la Personalidad de Eysenck.....	35
2.2.1.1 Antecedentes.....	35
2.2.1.2 Enfoque del estudio de la Personalidad.....	36
2.2.1.3 Dimensiones de la Personalidad.....	39
2.2.1.4 Tipología del Temperamento.....	50
2.2.2 Ideas Irracionales y la Terapia Racional Emotiva de Ellis.....	51
2.2.2.1 Antecedentes.....	51
2.2.2.2 Principios Básicos de la TREC.....	52
2.2.2.3 El Proceso Terapéutico.....	55
2.2.2.4 La TREC en la práctica: un enfoque integrador.....	57
2.2.3 Dimensiones de la Personalidad e Ideas Irracionales.....	58
2.2.4 La Adolescencia.....	59
2.2.4.1 Conceptos Básicos.....	59
2.2.4.2 La Pubertad.....	60
2.2.4.3 Salud Física y Psicológica.....	61
2.2.4.4 Características Psicológicas, Sociales y Cognitivas.....	62

2.2.5 Conducta Suicida.....	67
2.2.5.1 Conceptos Básicos.....	67
2.2.5.2 Datos Epidemiológicos Internacionales.....	71
2.2.5.3 Datos Epidemiológicos Nacionales.....	73
2.2.5.4 Factores Asociados con el Suicidio.....	76
2.2.5.5 Perspectivas sobre las causas del Suicidio.....	79
2.2.5.6 El Suicidio en los Adolescentes.....	86
2.2.5.7 Perspectivas sobre la Prevención del Suicidio.....	89
2.3 Definiciones conceptuales.....	92
2.4 Hipótesis de investigación.....	95

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de Investigación.....	97
3.2 Población, muestra y técnica de muestreo.....	97
3.3 Variables de investigación.....	99
3.4 Instrumentos de estudio.....	99
3.5 Recolección de datos.....	114
3.6 Procesamiento de datos.....	115

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Características de las muestras y principales resultados globales.....	117
4.2 Evaluación de la significatividad de las diferencias de medias para distintas variables en las muestras y en subgrupos.....	134
4.3 Correlaciones entre variables en distintas muestras.....	145
4.4 Evaluación de las hipótesis de investigación.....	154

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1 Ideas Irracionales e Intentos de Suicidio en la Adolescencia.....	162
5.2 Dimensiones de la Personalidad e Intentos de Suicidio en la Adolescencia.....	165
5.3 Ideas Irracionales y Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes con y sin Intento de Suicidio.....	167

5.4 Conclusiones.....	172
5.5 Recomendaciones.....	174

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

- TABLA 01: Composición de las tres muestras del Estudio.
- TABLA 02: Composición de las muestras en relación con el género.
- TABLA 03: Composición de las muestras en relación con la edad.
- TABLA 04: Composición de las muestras en relación con el grado de instrucción secundaria.
- TABLA 05: Resultados obtenidos en las muestras en relación con el temperamento según el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI).
- TABLA 06: Resultados obtenidos en las muestras en el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA).
- TABLA 07: Resultados obtenidos en las muestras en relación con las Dimensiones de la Personalidad (EPI): Extraversión y Neuroticismo.
- TABLA 08: Registro de Opiniones (REGOPINA). Puntajes Totales y en las Subescalas de las tres muestras estudiadas.
- TABLA 09: Registro de Opiniones (REGOPINA). Puntajes Totales y en las Subescalas en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio.
- TABLA 10a: Diferencias en relación con el Intento de Suicidio para las distintas variables consideradas según dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio.
- TABLA 10b: Diferencias en relación con el Intento de Suicidio para las distintas variables consideradas según dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio.
- TABLA 11a: Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras: Clínica con Intento de Suicidio y Colegios.
- TABLA 11b: Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras: Clínica con Intento de Suicidio y Colegios.
- TABLA 12a: Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras: Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio.
- TABLA 12b: Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras: Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio.
- TABLA 13a: Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras: Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio.

TABLA 13b: Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras: Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio.

LISTA DE TABLAS COMPLEMENTARIAS

TABLA 14a: Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas. Muestra Clínica con Intento de Suicidio.

TABLA 14b: Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas. Muestra Clínica con Intento de Suicidio.

TABLA 15a: Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas. Muestra Colegios.

TABLA 15b: Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas. Muestra Colegios.

TABLA 16a: Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas. Muestra Clínica sin Intento de Suicidio.

TABLA 16b: Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas. Muestra Clínica sin Intento de Suicidio.

TABLA 17a: Relación entre la Extraversión (E) y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Diferencias en base a los puntajes en E en las tres muestras estudiadas.

TABLA 17b: Relación entre la Extraversión (E) y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Diferencias en base a los puntajes en E en las tres muestras estudiadas.

TABLA 18a: Relación entre el Neuroticismo (N) y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Diferencias en base a los puntajes en N en las tres muestras estudiadas.

TABLA 18b: Relación entre el Neuroticismo (N) y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Diferencias en base a los puntajes en N en las tres muestras estudiadas.

- TABLA 19a: Relación entre la Edad y el Registro de Opiniones (REGOPINA).
Diferencias en base a la Edad en las tres muestras estudiadas.
- TABLA 19b: Relación entre la Edad y el Registro de Opiniones (REGOPINA).
Diferencias en base a la Edad en las tres muestras estudiadas.
- TABLA 20: Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Muestra Clínica con Intento de Suicidio.
- TABLA 21: Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Muestra Colegios.
- TABLA 22: Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Muestra Clínica sin Intento de Suicidio.
- TABLA 23: Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Muestra Clínica con Intento de Suicidio.
- TABLA 24: Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Muestra Colegios.
- TABLA 25: Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA). Muestra Clínica sin Intento de Suicidio.
- TABLA 26: Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión. Muestra Clínica con Intento de Suicidio.
- TABLA 27: Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión. Muestra Colegios.
- TABLA 28: Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión. Muestra Clínica sin Intento de Suicidio.
- TABLA 29: Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA) en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio.
- TABLA 30: Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA) en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio.
- TABLA 31: Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Modelo Jerárquico de la Personalidad de Eysenck.

FIGURA 02: La Dimensión Extraversión: rasgos del polo extravertido.

FIGURA 03: La Dimensión Extraversión: rasgos del polo introvertido.

FIGURA 04: Las Dimensiones de la Personalidad y los cuatro Temperamentos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN

Actualmente más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años de edad. El Perú sigue manteniendo una población que es mayoritariamente joven, con una edad promedio de 28.4 años y cerca de 4 millones de adolescentes entre los 13 y los 19 años (INEI, 2007). Este gran grupo de nuestra población presenta características especiales no sólo en relación con los aspectos de desarrollo esperables en lo biológico, psicológico y social, sino que también sus peculiaridades de comportamiento en nuestra realidad concreta los condicionan a padecer una morbilidad y mortalidad diferenciables.

En ese sentido, aun cuando son el grupo poblacional que tiene menos posibilidades de padecer una enfermedad orgánica, son propensos a enfrentar muy variados problemas psicosociales, especialmente en las áreas de salud reproductiva y de salud psicológica. Así, la principal causa de muerte en este grupo la conforman los accidentes (traumatismos, quemaduras y envenenamientos), siendo los varones de 15 a 19 años más susceptibles que las mujeres; la otra causa principal de mortalidad afecta directamente a las adolescentes y es la asociada a las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, incluyendo las secuelas de los abortos provocados (Papalia, Olds & Feldman, 2002; MINSA, 2005).

A la morbilidad ligada a los accidentes y al proceso reproductivo, se le debe sumar la ocasionada por las enfermedades parasitarias, los problemas nutricionales y, conformando un grupo que tiene especiales repercusiones familiares, sociales y laborales, tenemos los cuadros asociados a los problemas de drogas, a la violencia

doméstica y social, y los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión que pueden llevar a comportamientos suicidas.

Las cifras disponibles acerca de los suicidios en nuestro país indican una realidad alarmante que no deja de impactar a la comunidad cuando los diferentes medios de comunicación se hacen eco de casos concretos, en especial cuando involucran a menores de edad. Durante el año 2010 se registró un total de 300 suicidios (Vásquez, 2011), estimando los especialistas que dicha cifra podría aumentar en un 50% si se toman en cuenta los casos no registrados. Del total de suicidios señalado, 30 corresponden a menores de edad (10%), y la gran mayoría de estos involucran adolescentes entre los 14 y los 17 años de edad.

Sin embargo, y esta es una muestra patente de lo poco confiables que son las cifras en este rubro, otra fuente indica que el total de menores de edad que se suicidaron en nuestra patria el 2010 sería tan alta como 80, y que correspondería al 12% del total de suicidios ocurridos ese año (APP, 2011).

En cualquier caso, estas estadísticas se quedan cortas si se toma en cuenta no sólo el sub-registro mencionado, sino la cantidad de intentos de suicidio que también implican: se calcula que por cada suicidio habrían entre 10 y 20 intentos no consumados (Merck, 1997). Pero hay autores que señalan para los jóvenes cifras hasta 10 veces más elevadas (Cruz & Roa, 2005; OPS, 2007; Torres, 2007), con las secuelas consiguientes de daño, sufrimiento físico, y las fuertes cargas de dolor, culpa, decepción y desconcierto para los involucrados y sus familiares.

Y lo más grave es que el problema del suicidio adolescente tiende a aumentar: las cifras del año 2010 representan una tasa aproximada de 2 por 100,000 habitantes, que es el doble de la reportada en 1980 (Vásquez, 2003). Las cifras internacionales también destacan permanentemente este notorio incremento en adolescentes y en adultos jóvenes (González-Forteza et al., 1998; Jiménez & González-Forteza, 2003; Casullo, 2004; Muñoz et al., 2006; Hogan, 2007; OPS, 2007; Bella et al., 2010).

Apreciamos entonces que los suicidios y los intentos de suicidio en nuestros adolescentes son parte de la dramática realidad que nos corresponde enfrentar, y la presente investigación está dirigida a generar conocimientos acerca de aspectos cognitivos, emocionales y de adaptación en dichos adolescentes, con la finalidad última de favorecer el desarrollo de medidas y programas efectivos de prevención en el ámbito familiar, escolar o comunitario, partiendo de la temprana identificación de adolescentes vulnerables, y fortaleciendo los esquemas cognitivos y comportamentales que contribuyan a una adaptación creativa y al desarrollo de un estilo de vida más saludable, disminuyendo finalmente las cifras señaladas.

De esta manera, dentro del contexto de la problemática que nos ocupa y en consonancia con las perspectivas teóricas que privilegiamos, buscamos dilucidar las siguientes interrogantes específicas:

1. ¿Cuáles son las Ideas Irracionales prevalecientes en los Adolescentes con Intento de Suicidio?
2. ¿Qué características presentan las Dimensiones de la Personalidad en los Adolescentes con Intento de Suicidio?
3. ¿Existen diferencias entre los adolescentes con Intento de Suicidio y los que no han cometido tales intentos, en relación con sus Ideas Irracionales prevalecientes y las características de sus Dimensiones de la Personalidad?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde el terreno de la teoría y de la investigación en Psicología se han producido distintos y muy variados esfuerzos por dilucidar cuáles son las variables cognitivas, de personalidad o situacionales que resultan relevantes en la comprensión de la conducta humana. En este terreno y a despecho de su antigüedad, el aporte de Hans Eysenck ha sido uno de los más fructíferos (Eysenck, 1967; Amelang & Bartussek, 1981; Oblitas, 2010), habiendo dado lugar a numerosas investigaciones y a la construcción de una teoría de la personalidad basada en las mismas, con serios fundamentos biológicos y con un sustento psicológico en el que el aprendizaje ocupa un espacio significativo, y que presenta derivaciones aplicativas en muy diversos campos. Las dimensiones de la personalidad (Extraversión y Neuroticismo) postuladas en dicha teoría, desempeñan el papel de rasgos centrales en la adaptación de todo individuo a su medio, hecho que ha sido comprobado inclusive transculturalmente, alimentándose y modificándose en la interacción permanente con éste, siendo clave conocerlas para acercarse a una comprensión válida y confiable de la conducta humana.

En esta misma línea de valoración es que corresponde mencionar el impacto que el enfoque cognitivo conductual y la Terapia Racional Emotivo Conductual, en particular, han alcanzado en las últimas décadas en diversas áreas de la psicología aplicada. Las ideas y el método de trabajo terapéutico de Albert Ellis (Ellis & Harper, 1975; Ellis & Chip, 1987), a pesar de su aparente sencillez, dan en el clavo al considerar centrarse desde un primer momento en las cogniciones cotidianas de las personas, que son sin duda un factor decisivo en la adaptación individual. Su abordaje a través del empleo de la razón y la lógica facilitan su accesibilidad y manejo terapéutico, siempre en la perspectiva de alcanzar un ajuste más racional y satisfactorio con su entorno. En ese sentido, poder conocer qué tipo particular de ideas disfuncionales tienden a ser privilegiadas por una persona en concreto, constituye un elemento crucial en la comprensión de su conducta.

En distintas investigaciones se ha encontrado que determinadas características en las dimensiones de la personalidad parecen estar asociadas con una mayor proclividad a desarrollar problemas emocionales y de adaptación, ya sea que se trate de adultos, o de niños y jóvenes en etapas de desarrollo (Eysenck, 1967; Eysenck & Eysenck, 1981); y algo semejante puede decirse en relación con la presencia persistente de ideas irracionales (Ellis & Grieger, 1977), que revelan esquemas cognitivos de evaluación que son finalmente desadaptativos para aquel que los detenta.

Las investigaciones sobre las causas del suicidio coinciden en la inexistencia de una “personalidad suicida” (Freemann & Reinecke, 1995; Ruiz et al., 2001) y se han intentado explicaciones desde diferentes perspectivas: *genética y bioquímica*, relacionándolo con la tendencia hacia la depresión, la impulsividad y la conducta compulsiva; *sociológica*, partiendo del estudio clásico de Durkheim (1897) y de los que le siguieron que lo relacionan con las características del grupo social que lo cobija, sus normas, el soporte que ofrece, los roles asumidos y el sentido de alienación y de pertenencia desarrollado; *psicoanalítica*, que relievra los impulsos tanáticos, el instinto de muerte y en los melancólicos (depresivos) la pérdida inconsciente del objeto amado que deriva en agresividad tornada contra sí mismo; *religiosa*, privilegiando las creencias espirituales históricas en sociedades predominantemente ateas, budistas, protestantes, católicas y musulmanas, donde encontramos un curioso orden decreciente de las tasas de suicidio que las caracteriza; y *cognitivo conductual*, que comprende más de una vertiente, como la teoría de la desesperanza aprendida (Abramson et al., 1978), que destaca las atribuciones internas, estables y globales cuando se enfrentan hechos negativos; la conocida triada cognitiva de la depresión y las distorsiones del pensamiento de Beck (1979); y la consideración de las exigencias perfeccionistas (Oros, 2005) y de otros esquemas cognitivos desadaptativos que constituyen factores de riesgo en este tema.

Todos estos esfuerzos de explicación teórica, sin embargo, todavía están lejos de alcanzar un consenso o de ofrecernos un panorama acabado sobre la conducta suicida. Hasta el presente no se han efectuado investigaciones en nuestro medio desde las perspectivas teóricas de Eysenck y de Ellis que aborden el delicado problema del suicidio en adolescentes y, en particular, que esclarezcan las posibles relaciones e influencias entre las dimensiones de la personalidad y las ideas irracionales. Hay muchos temas potencialmente fructíferos como conocimientos sustantivos y como esquemas aplicativos que pueden derivarse de la imbricación de ambas vertientes psicológicas.

Por otra parte, más allá de los hallazgos específicos sobre la conducta suicida y su relación con ambos constructos teóricos en nuestros adolescentes, el presente estudio también contribuirá desde el nivel metodológico a reforzar la confiabilidad y validez de las pruebas psicológicas empleadas con las tres muestras investigadas, donde sólo la acumulación crecientemente de datos provenientes de diferentes escenarios nacionales podrá indicarnos eventualmente que estamos en el camino correcto, en particular cuando se trata de arrojar luces sobre el complejo tema de la validez de constructo de los instrumentos.

Finalmente, la ya señalada creciente presencia cotidiana en nuestra sociedad de adolescentes con comportamientos suicidas, y la necesidad de abordar esta problemática con apropiadas medidas de prevención, tornan valiosa toda contribución que permita la detección oportuna de las características cognitivas, temperamentales y de conducta de los más vulnerables. Desde el punto de vista práctico, conocer las características de las dimensiones de la personalidad y el tipo de cogniciones disfuncionales de los adolescentes con conducta suicida, permitirá identificar a quienes presenten un mayor riesgo cuando puedan aplicarse evaluaciones con dicha finalidad en colegios, institutos, universidades y centros comunales de reunión de adolescentes y jóvenes (clubes deportivos y casas de la juventud, por ejemplo).

Esta labor deberá ir de la mano con la creación o afianzamiento de programas de promoción de la salud psicológica en niños, adolescentes y jóvenes, cuidando de incluir temas de desarrollo personal que comprendan, entre otros, el reconocimiento y manejo apropiado de emociones (hostilidad, cólera, tristeza, temores). Asimismo, se contará con una nueva vertiente de datos para la siempre valiosa tarea de sensibilización de nuestra comunidad, y de educación de los padres de familia en un tema que nos compromete directamente a los psicólogos.

1.3 LIMITACIONES

La principal limitación de la investigación está dada por el tipo de muestreo empleado, que fue el deliberado o intencional, ya que por la naturaleza de la problemática abordada (adolescentes con intento de suicidio) y el número de casos disponibles en la institución en donde se verificó, era poco factible la utilización de un muestreo más riguroso y de alcances más amplios.

En esa misma línea, debemos considerar que los resultados de la investigación son válidos y representativos de la población adolescente de Lima-Este, y no pueden generalizarse, salvo con muchas precauciones, para toda la población adolescente de Lima Metropolitana y menos hacia la de otras regiones, ya que la muestra utilizada estuvo circunscrita a dicha zona de nuestra capital.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General:

Determinar las Ideas Irracionales características y las Dimensiones de la Personalidad predominantes en los Adolescentes con intento de Suicidio.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar las Ideas Irracionales prevalecientes en los Adolescentes con Intento de Suicidio.
- b) Caracterizar las Dimensiones de la Personalidad predominantes en los Adolescentes con Intento de Suicidio.
- c) Comparar a los Adolescentes con Intento de Suicidio con aquellos que no han cometido tales intentos, en relación a sus Ideas Irracionales predominantes y a las características de sus Dimensiones de la Personalidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

No hemos encontrado investigaciones que aborden las variables que nos interesan en el contexto de los intentos de suicidio en los adolescentes. Sí, podemos citar una regular cantidad de estudios que indirectamente tocan la problemática que nos ocupa.

Estudios Nacionales

Castañeda (1983) en una investigación para esclarecer aspectos epidemiológicos de los intentos de suicidio, estudió 18 casos atendidos en el Hospital Cayetano Heredia usando como instrumento la historia clínica; encontró que el 78% eran mujeres, 56% eran solteros y el 33% habían sido diagnosticados como trastorno de personalidad histérico.

León y Rodríguez (1989) con el propósito de evaluar la influencia de los factores externos y de la personalidad en la conducta suicida, estudiaron una muestra de 77 casos de intento de suicidio empleando la versión abreviada del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). Concluyeron que los intentos poco serios y de baja letalidad eran heterogéneos en la medida que incluían combinaciones diversas de factores externos y de personalidad; en tanto que los intentos más serios y letales parecían ser más homogéneos, y ocurrían en personas con puntuaciones elevadas en las escalas de depresión e histeria.

Novaes (1991, citado por Lévano, 2003) investigó la relación entre el estrés, el patrón de comportamiento tipo A y las creencias irracionales; utilizó de muestra 100 pacientes asistentes a un centro psicológico que buscaban controlar el estrés. El 73% de ellos fueron clasificados como tipo A, y 27% como tipo B, encontrándose en los primeros un mayor número de creencias irracionales, siendo la más frecuente considerar que “*se debe ser absolutamente competente, inteligente y merecedor de todo respeto*”. No hubo diferencias significativas en relación con la variable sexo. Se concluyó que el estrés, el patrón de comportamiento tipo A y las creencias irracionales estaban correlacionados positivamente.

Guzmán (1994) desarrolló una investigación con adolescentes y jóvenes que recibían tratamiento en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, y con estudiantes de una universidad nacional, para explorar las relaciones entre las ideas irracionales, según el modelo de la terapia racional emotiva, las dimensiones de la personalidad, postuladas por Eysenck, y la adaptación al medio en las esferas básicas (salud, hogar, emocional y social). Usó como instrumentos de evaluación, en una muestra de 105 personas, el Registro de Opiniones (Guzmán, 1988), el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) y el Inventario de Adaptación Personal de Hugh Bell (Alarcón, 1962). Resumimos sus principales hallazgos, que son consistentes con diversos postulados teóricos: se encontró una correlación directa y sustantiva entre las *creencias irracionales* y el *neuroticismo* ($r = 0.50$ en la muestra de estudiantes, $p < 0.01$), existiendo diferencias significativas ($p < 0.01$) en la puntuación total de ideas irracionales entre los sujetos con Bajo y Alto neuroticismo. Asimismo, se verificó una correlación inversa y marcada entre las *creencias irracionales* y la *extraversión* ($r = -0.42$), significativa al nivel 0.01, que es un hallazgo congruente con la reconocida tendencia de los introvertidos a formar huellas más firmes y duraderas desde temprana edad, cuando estaríamos más expuestos a modelos e ideas disfuncionales; igualmente, puede asumirse que la tendencia hacia la seriedad y rigidez en el estilo de vida de los introvertidos los torna más vulnerables al

desarrollo y mantenimiento de este tipo de ideas comparados con los extrvertidos (Ellis et al., 1977; Ellis & Dryden, 1987). También se comprobó una correlación directa y marcada entre las *creencias irracionales* y la *calidad del ajuste al ambiente* ($r= 0.62$, significativa al nivel 0.01), en el sentido esperado teóricamente (a mayor puntaje de ideas irracionales se daba un peor ajuste), y se encontraron diferencias significativas ($p< 0.01$) en el puntaje total de ideas irracionales entre los sujetos con Buena y Pobre adaptación al medio. Por último, se observó una tendencia en la *muestra de pacientes* al predominio de la *autoexigencia perfeccionista*, y a la obtención de puntajes totales mayores que en la muestra de estudiantes.

Olivares (1995) investigó la correlación entre las dimensiones de la personalidad y los niveles de estrés en enfermeras (localidad de Cañete). Utilizó como instrumentos, en un diseño descriptivo correlacional, el Inventario de Personalidad de Eysenck-forma B, y el Cuestionario de evaluación del estrés de Miller, Ross y Cohens. Encontró que, salvo en los recursos de defensa ante el estrés, en esta muestra no se daban diferencias significativas según las dimensiones de la personalidad para los distintos niveles y síntomas de estrés.

Alvarado (1995) estudió la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos de personalidad a través de 40 casos de pacientes hospitalizados (Arequipa), a quienes adicionalmente a la elaboración de su historia clínica psiquiátrica, se les aplicó el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) y la versión abreviada del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessota (MMPI). El principal grupo afectado correspondía a jóvenes de 21 a 30 años, y los factores precipitantes más destacados los conformaban los problemas familiares y los conflictos de pareja. En el MMPI aparecían elevadas las escalas de histeria, psicastenia, desviación psicopática, paranoia, esquizofrenia y depresión; mientras que el EPI corroboró al tipo melancólico (introvertido e inestable) como el predominante en la muestra. La valoración clínica señalaba que el 85% sufría de un trastorno de personalidad, siendo el más frecuente el de inestabilidad emocional de tipo impulsivo; el autor

estima que se da una mayor concordancia entre dicha valoración con el EPI que con el MMPI.

Amiel (1997) investigó la relación entre las creencias irracionales y la personalidad tipo A, en estudiantes de 4to y 5to de secundaria en colegios particulares de Lima. Empleó un diseño descriptivo correlacional y utilizó como instrumentos de medición el Inventario de Autorreporte de conducta tipo A de Blumenthal, y el Inventario de conducta racional de Shorkey y Whiteman. No encontró correlaciones estadísticamente significativas entre ambas variables, ni diferencias estadísticamente significativas referidas a las mismas según el sexo, la edad o el año de estudios.

Alegre (1999) investigó con un propósito epidemiológico y en forma retrospectiva los intentos de suicidio atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins en el año 1995. El 34% eran jóvenes entre los 21 y los 30 años; en relación con una probable psicopatología, el 33% recibió un diagnóstico de depresión situacional, 28% depresión mayor y 20% esquizofrenia.

Anticono et al. (1999) con la finalidad de establecer datos epidemiológicos sobre la conducta suicida en el Hospital Víctor Larco Herrera, estudiaron una muestra de 94 pacientes con intento de suicidio atendidos en su servicio de Emergencia; el 62% eran mujeres y el 54% pertenecían al rango de edad de 18 a 35 años. El método más usado fue la ingesta de órganos fosforados (46.8%), al que le seguía la sobredosis de medicamentos (31%). Los factores desencadenantes principales eran los conflictos familiares (36.1%) y los conflictos de pareja (29.8%). La psicopatología resaltante era depresión (23%), trastorno de personalidad (23%), esquizofrenia (22%) y trastorno de adaptación (21%).

Ugarriza (1999) estudió a través del análisis multivariable la relación existente entre el neuroticismo (N), las expresiones emocionales y la percepción de la violencia en escolares varones de Lima metropolitana. Utilizó una muestra de 962

adolescentes de colegios estatales emblemáticos que cursaban el tercero, cuarto o quinto año de secundaria; para medir las variables empleó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III), el Inventario de la expresión de Cólera-hostilidad (IECH), el Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE), la Escala de Percepción de la Violencia (EPV; Ugarriza, 1995) y el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI). Concluyó que el neuroticismo produce efectos significativos sobre las expresiones de hostilidad y de cólera, la ansiedad rasgo-estado, y la apreciación de la violencia en el hogar, en el grupo de pares y frente a las figuras de autoridad; la pertenencia a “manchas” o pandillas agrava el cuadro, pudiendo desembocar en rasgos de comportamiento muy resistentes al cambio.

Durand (1999), con la finalidad de establecer datos epidemiológicos sobre la conducta suicida en el Hospital Arzobispo Loayza, estudió una muestra de 62 pacientes con intento de suicidio que acudieron a su servicio de Emergencia. El 89% eran mujeres, el promedio de edad era 23 años, el 37% se ubicaban dentro del rango de edad de 15-19 años, el 24% entre los 20-24 años. Las situaciones desencadenantes correspondieron en su mayoría a problemas de pareja (47%) y a problemas familiares (31%). El 42% recibió un diagnóstico de depresión mayor.

Vílchez (2000), con el propósito de obtener datos epidemiológicos sobre la conducta suicida en el Hospital Víctor Larco Herrera, estudió a 38 pacientes que acudieron a su servicio de Emergencia por intento de suicidio entre los años 1999 y 2000. El 63% eran de sexo femenino y el 58% tenían entre 16 y 27 años; el factor desencadenante principal fueron los problemas de pareja (45%), y el diagnóstico más recurrente fue el de trastorno de personalidad (21%).

Mosquera del Águila (2003) para establecer un perfil epidemiológico trabajó con una muestra de 67 pacientes con intento de suicidio que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Hermilio Valdizán. Encontró que el 76% eran de sexo femenino y el 75% eran solteros; el 48% estaban desempleados y el 55% tenían antecedentes previos de intento de suicidio. Los problemas de pareja

fueron el principal factor desencadenante (46%), ocupando los conflictos familiares el segundo lugar (21%). Los cuadros depresivos (57%) se encontraban en el primer lugar de los diagnósticos, seguidos por la esquizofrenia (17%) y el trastorno de personalidad (13%), usualmente de tipo límite y antisocial.

Galagarza (2005, citado por Rivas, 2009) estudió el tema del locus de control en los adolescentes en nuestro medio; encontró que para ambos géneros la presencia de un mayor riesgo suicida va acompañado de un predominio del Locus de Control externo, y que en las mujeres el nivel de riesgo es más elevado. Desde dicho enfoque, los adolescentes perciben que los sucesos que viven apenas se relacionan con su propia conducta, no pueden ser controlados, de manera que el creciente ambiente disfuncional familiar, por ejemplo, será experimentado como una fatalidad ante la que casi no caben los esfuerzos de superación.

Solís (2005, citado por Torres, 2007), con un propósito de esclarecimiento epidemiológico, estudió las características sociodemográficas y de personalidad en 31 pacientes hospitalizados por intento de suicidio, usando como instrumento el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y una ficha demográfica. El 90% eran mujeres y el 71% tenían sólo entre 17 y 24 años. Predominaban las estudiantes, solteras, con problemas de pareja y sintomatología depresiva; en las características de personalidad se encontraron rasgos narcisistas y evitativos, y trastorno de personalidad paranoide y borderline.

Castro et al. (2005, citado por Torres, 2007) para obtener datos epidemiológicos sobre la conducta suicida en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, desarrollaron una investigación descriptiva y retrospectiva con 380 casos de intento de suicidio; encontraron que el 34% eran adolescentes de 15 a 19 años, y el 41% jóvenes de 20 a 29 años; el 61% eran solteros y los factores desencadenantes descollantes fueron las discusiones familiares (34%) y los problemas de pareja (28%). El método más utilizado fue la intoxicación con órgano fosforado (75%).

Alarcón (2006), dentro del marco del creciente campo de la llamada Psicología Positiva, investigó la relación entre la felicidad y las variables de la personalidad. Estudió una muestra de 298 estudiantes universitarios de Lima, empleando como instrumentos la Escala de Felicidad de Lima (EFL, de su creación) y el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI). Define a la felicidad como “un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado”. La EFL la integran cuatro dimensiones (factores) medidos por sus 27 ítems: Sentido positivo de la vida, Satisfacción con la vida, Realización personal y Alegría de vivir. Encontró una correlación positiva, alta y significativa ($r= 0.378$; nivel 0.01) entre dicha escala y la extroversión (E); y una correlación negativa, alta y significativa ($r= -0.450$; nivel 0.01) con el neuroticismo (N). Refiere que sus resultados son concordantes con los señalados por la literatura especializada (Inglaterra y Estados Unidos) y reafirman que “...la extraversión es un buen predictor de la felicidad, en tanto que el neuroticismo, como conducta negativa, no favorece la felicidad.”

Muñoz et al. (2006), con el propósito de determinar la prevalencia de la ideación suicida y su relación con la pertenencia a familias con muy bajo o muy alto nivel de cohesión familiar, desarrollaron un estudio analítico transversal en estudiantes preuniversitarios de Lima metropolitana. Seleccionaron una muestra aleatoria de 1450 alumnos del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (40% varones y 60% mujeres), divididos en adolescentes de 15 a 19 años (92.5%) y jóvenes de 20 a 24 años (7.5%). La edad promedio era 17.37 años. Usaron como instrumento un cuestionario autoadministrado de sólo 18 ítems que recogía datos demográficos, la subescala de Cohesión Familiar del FACES III, y preguntas que exploraban la conducta suicida. Encontraron, en prevalencia de vida, que el 48% había experimentado deseos pasivos de morir, el 30% había tenido ideación suicida, el 15% había efectuado un plan suicida, y el 8.7% había cometido un intento (!). En todos los casos las cifras de las mujeres superaban a las de los varones, pero las diferencias no llegaban a ser estadísticamente

significativas. También se estableció una asociación entre ideación suicida y el pertenecer a una familia desligada, pero sólo era significativa en los adolescentes, no así en los jóvenes. Las prevalencias encontradas son superiores a las halladas en los estudios epidemiológicos desarrollados por el INSM Delgado-Noguchi (población general de 12 a 17 años), y los autores consideran que la intensa presión de la competencia académica y del ingreso a la universidad, tornan a esta población estudiantil en un grupo particularmente vulnerable al riesgo suicida. Asimismo, estiman que en las familias desligadas los padres muestran una actitud fría, no comunicativa, y no toleran ni aceptan los cambios o crisis, factores que ya han sido asociados con la ideación suicida en los adolescentes en estudios previos. Por último, también corroboran que el antecedente familiar de intento de suicidio y el hecho de vivir solo, aumentan el riesgo de ideación suicida en la población estudiantil.

Torres (2007) utilizando un diseño correlacional investigó la relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en personas con antecedentes de suicidio. Seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, evaluó a 49 pacientes, de 17 a 25 años de edad, atendidos en el servicio de Emergencia o en el consultorio externo del Departamento de Psicología del Hospital Cayetano Heredia. El 63% de la muestra eran mujeres, 82% eran solteros y 55% habían completado sus estudios de secundaria; 37% trabajaban y 33% eran estudiantes. El principal factor desencadenante eran los problemas familiares (49%) seguido de los conflictos sentimentales (41%); los primeros predominaban en los adolescentes (17-19 años), y los segundos en los jóvenes (20-25 años). Sobre los métodos empleados, destacaban la sobredosis de fármacos (41%) y la ingesta de órganos fosforados (35%). El 12% redactó una nota suicida, y para el 63% se trataba del primer intento en toda su vida. Empleó como instrumentos de evaluación, además de una ficha sociodemográfica, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI II) y la Escala de Alexitimia de Toronto 20 (TAS 20). Encontró una correlación positiva moderada, estadísticamente significativa, entre la alexitimia (tres factores: dificultad para identificar los sentimientos,

describirlos y pensamiento orientado externamente) y los estilos de personalidad esquizoide, evitativo, autoderrotista y esquizotípico; con el estilo de personalidad histriónico la correlación era negativa, moderada y estadísticamente significativa. Asimismo, observó una correlación positiva elevada y estadísticamente significativa entre la alexitimia y los síndromes clínicos como ansiedad y depresión. Concluyó también que los estilos de personalidad que presentaban una mayor frecuencia de actos suicidas, eran los que combinaban rasgos evitativos, negativistas, antisociales y dependientes.

Rivas (2009) estudió las relaciones existentes entre los Tipos de Sistema Familiar y el Riesgo Suicida en adolescentes en una muestra de 1143 alumnos del tercero, cuarto y quinto de secundaria, provenientes de colegios estatales, parroquiales y particulares de la ciudad de Tacna. Empleó como instrumentos la Escala de Adaptación y Cohesión Familiar “FACES III” de Olson, y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick. Tomó en cuenta variables de género, edad y tipo de colegio. Concluyó que la mayoría de estudiantes que perciben a sus familias dentro del Rango Extremo, presentan también un mayor nivel de Riesgo Suicida, y que éste sería más elevado en los varones, a diferencia de los resultados usuales de las investigaciones que señalan a las mujeres como las depositarias de este mayor riesgo. El Rango Extremo comprendería a familias que carecen de contención (apoyo, comprensión y soporte) y que experimentan vínculos alterados entre sus miembros (puntuaciones extremas en las categorías de Cohesión y de Adaptabilidad medidas por el FACES III). En ese sentido, Rivas señala justificadamente que al valorar el grado de adaptación de los adolescentes, se debe también incluir la imagen que éste guarda de su familia.

Estudios Internacionales

Villardón (1993, citado por Cruz y Roa, 2005), explorando factores cognitivos en la conducta suicida, indica que la sensibilidad hacia las críticas provenientes de los demás y el perfeccionismo han sido relacionados por diversos autores con la ideación suicida; asimismo, los rasgos temperamentales de excitabilidad y neuroticismo guardarían conexión con el comportamiento suicida.

González-Forteza et al. (1997) estudiaron el nivel del estrés psicosocial percibido por los estudiantes de educación media y media superior, en tres áreas de la vida potencialmente importantes en los adolescentes: las prohibiciones parentales, la deslealtad del mejor amigo y los problemas con las autoridades escolares. Tomaron sus datos de una muestra nacional de México (61,779 adolescentes, con una edad promedio de 14 años y 4 meses) de estudiantes de ambos sexos, con residencia urbana y rural, a quienes se aplicó una encuesta sociodemográfica y la Escala de Estrés Psicosocial (EEP, versión breve de 3 reactivos). Encontraron que el nivel de estrés percibido era significativamente mayor en las mujeres; en ambos sexos originaba un mayor estrés la *deslealtad del mejor amigo*, seguida por las *prohibiciones parentales* y por los *problemas con las autoridades escolares*. Señalaron el siguiente perfil de factores sociodemográficos de riesgo para el estrés psicosocial: ser mujer, estudiante de preparatoria (entre 16 y 18 años), no haber sido alumno de tiempo completo durante el ciclo escolar previo, y ser residente de zona urbana. También se encontró una asociación entre estos dos últimos factores, los reactivos de la EEP y la ideación suicida.

González-Forteza et al. (1998) investigaron los indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en una muestra de dos generaciones de estudiantes universitarios mexicanos (ingresantes 1993 y 1995 de una universidad privada). Se entrevistó y evaluó a un total de 1990 alumnos de ambos sexos (media de edad de 19.8 años), quienes respondieron un cuestionario autoaplicable con escalas que exploraban la presencia de ideación suicida, manejo de estrés cotidiano familiar y

social, autoestima (Escala de Rosenberg de 10 reactivos) y recursos de apoyo. Encontraron la existencia de uno o más síntomas de ideación suicida entre el 27% y el 30% de la muestra, cifra que sin embargo era inferior a la reportada en estudios previos en alumnos de secundaria y de bachillerato (47%); no había diferencias significativas entre hombres y mujeres, aun cuando estas últimas tenían cifras ligeramente más elevadas e indicaban una mayor persistencia de dicha ideación. Asimismo, concluyen que la variable predictora común que protegía de la ideación suicida, en ambos sexos, era *la autoestima*; en tanto que las que incrementaban los riesgos eran las *respuestas agresivas de enfrentamiento en los conflictos familiares*, en los hombres, y el *estrés social con el grupo de pares*, en las mujeres.

Ruiz et al. (2001) realizaron una investigación muy interesante para construir un indicador del riesgo de suicidio en adolescentes deprimidos. En su elaboración y validación emplearon una muestra de 215 adolescentes procedentes de la población general y con alta sintomatología depresiva (seleccionados luego de entrevistar y evaluar a 1033 estudiantes en sus colegios), con edades entre los 14 y 18 años (promedio de edad de 16 años), de los que un 68% eran mujeres y 32% eran varones. El 74% de la muestra (160) no había realizado ningún intento de suicidio, mientras que 26% (55) sí lo habían efectuado recientemente. Aparte de registrar indicadores sociales a través de entrevistas estructuradas, se les aplicó el Cuestionario de Depresión de Zung, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Desesperanza de Beck y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ). La particularidad de esta investigación es que trabajó con los ítems individuales de todas estas pruebas psicológicas en sentido dicotómico y no con las puntuaciones totales, buscando determinar cuáles eran los ítems que mejor discriminaban los grupos de adolescentes depresivos con intento de suicidio de los que no lo habían intentado. La selección surgió de la prueba X^2 entre los dos grupos y de un posterior análisis de regresión logística, estableciéndose el punto de corte óptimo de acuerdo con su capacidad discriminativa. Así, de las 142 variables contrastadas terminaron seleccionándose 6 (el EPQ aportó 4) para

conformar el índice de riesgo de comportamiento suicida, donde obtener tres o más puntos positivos señalan un riesgo elevado:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Tienes muchos “hobbys”, muchas aficiones? | SÍ | NO |
| 2. ¿Te consideras tenso, irritable, “de poco aguante”? | SÍ | NO |
| 3. ¿Alguna persona cercana (familiar o amigo) ha intentado suicidarse? | SÍ | NO |
| 4. ¿Crees que sería mejor para los demás si te murieras? | SÍ | NO |
| 5. ¿Comienzas a menudo actividades que te ocupan más tiempo del que realmente dispones? | SÍ | NO |
| 6. ¿Sufres de insomnio? | SÍ | NO |

Pérez y Urquijo (2002) estudiaron la relación entre las dimensiones de la personalidad y la depresión en adolescentes; usaron una muestra de 643 estudiantes provenientes de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata, entre los 11 y los 17 años de edad. Controlaron las variables de sexo, edad y tipo de escuela, y emplearon como instrumentos el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-J), y el Cuestionario de Depresión para Niños (C.D.S.) de Lang y Tisher. En concordancia con estudios previos encontraron que el puntaje promedio en N (neuroticismo) era superior para las mujeres, en cambio, no llegaban a diferir significativamente en E (extroversión) aunque los puntajes de los varones eran en promedio más elevados. Asimismo, se encontró que en el CDS los puntajes de las féminas eran siempre superiores, siendo la diferencia significativa para la mayoría de escalas, incluyendo el total. Igualmente, y este es un dato muy interesante, se descubrió una correlación negativa estadísticamente significativa, entre E y todas las escalas depresivas; y una asociación positiva, también estadísticamente significativa, entre N y todas las escalas depresivas. Ambos resultados guardan concordancia con los postulados teóricos.

González-Forteza et al. (2003) investigaron los correlatos de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes de la ciudad de México. Estudiaron, empleando

cuestionarios autoaplicados, una muestra de 936 alumnos de secundaria de ambos sexos (54% varones, 46% mujeres; edad promedio de 13.7 años) de nivel socioeconómico bajo. Encontraron una prevalencia de intento suicida de 16.6% en mujeres y de 6.6% en varones (cercana a la proporción de 3:1, frecuente en la comparación de género). La mayoría de participantes (78%) no presentaban depresión, ideación o intento suicida, y la única característica asociada negativamente con estas variables fue el “*tener una buena relación con el padre y/o la madre*”. Igualmente, señalan a la *autoestima* como correlato protector de depresión y/o ideación suicida en ambos sexos; y también encontraron, significativamente, que los estudiantes que usaban un *afrontamiento con respuestas agresivas e impulsivas*, tenían siete u ocho veces más riesgo de presentar depresión o ideación suicida; asimismo, las mujeres y varones impulsivos tenían aproximadamente el triple de riesgo de haber tenido un intento suicida.

Casullo (2004) efectúa una revisión de numerosas investigaciones internacionales sobre ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes, empleando un marco teórico que denomina cognitivo-mediacional-psicodinámico. Su análisis respalda la mayoría de datos consignados en las secciones respectivas sobre epidemiología, factores de riesgo y de protección, teorías acerca de la conducta suicida, rasgos o estilos de personalidad, diferencias según género y cultura. Enfatiza la importancia y urgencia social de identificar y orientar a los adolescentes en riesgo suicida, al igual que la realización de actividades de prevención eficaces y oportunas.

Quintanilla et al. (2004) estudiaron los tipos de personalidad en sujetos con una o más tentativas suicidas en una muestra de 72 pacientes que ingresaron al Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” durante los años 1999-2001. Los resultados sociodemográficos encontrados indicaban que el 57% eran mujeres, el 65% tenían entre 15 y 24 años (21% eran adolescentes de 15 a 19 años) y el 63% eran solteros. Un 58% tenía estudios de secundaria o superiores, el 28% estaba

desempleado y el 47% declaró tener una o más tentativas previas de suicidio. Usaron como instrumento de evaluación el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-A), y comprobaron que en el 84% de los casos sus puntuaciones en neuroticismo (N) superaban el percentil 51, indicando al menos una tendencia hacia la inestabilidad emocional (61% encima del percentil 75); igualmente, en extraversión (E) encontraron que el 60% de los casos tenían puntuaciones por debajo del percentil 50, indicando al menos una tendencia hacia la introversión (36% por debajo del percentil 25). Asimismo, se estableció que los sujetos con más de una tentativa de suicidio tenían puntuaciones más extremas en N y en E, en el sentido indicado, que los que solo presentaban un intento; estas diferencias llegaban a ser estadísticamente significativas. Concluyen que los rasgos más saltantes en quien incurre en conducta suicida son "...poca estabilidad emocional, bajo control de impulsos, dificultad de adaptación, rigidez cognitiva y respuestas irracionales en muchas ocasiones, con una conducta introvertida... características que le dificultan atender de manera eficiente las tareas o respuestas adecuadas para la solución de problemas."

Oros (2005) efectúa una revisión sobre las implicaciones del *perfeccionismo infantil* sobre el bienestar psicológico, dando pautas para su adecuado reconocimiento diagnóstico y enfoque terapéutico, donde se permite recomendar, con adecuados fundamentos, a la terapia racional emotiva como principal alternativa de elección terapéutica. Señala que una actitud perfeccionista posee aspectos saludables ("perfeccionistas sanos", quienes llegan a ser exigentes pero no hostiles ni extremadamente críticos); no obstante, fácilmente puede colocar en un estado de vulnerabilidad psicológica a los menores que se tornan rígidos, obsesivos y exagerados en sus demandas y reacciones ante las situaciones de fracaso ("perfeccionistas insanos"), detallando reportes en la literatura especializada que lo relacionan con problemas serios en adultos y adolescentes: trastornos de alimentación, ideación suicida, depresión, ansiedad, fobia social, estrés, paranoia, psicoticismo, desórdenes psicosomáticos y trastorno obsesivo compulsivo. Indica que la base de las dificultades se encuentra en sus limitaciones

de afrontamiento, donde los recursos cognitivos de los perfeccionistas evidencian sesgos que enfatizan los fracasos y destacan las faltas de habilidades personales, incurriendo en distorsiones cognitivas como son “la atención selectiva, la sobregeneralización del fracaso y el estilo de pensamiento todo o nada que sólo considera el éxito total o el fracaso total”. Asimismo, ante los resultados negativos presentarían un locus de control interno, una baja autoestima y una disminuida autoeficacia.

Quintanilla et al. (2006) investigaron la relación entre personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados por intento de suicidio. En una muestra de 70 sujetos, con edades que iban de los 15 a los 63 años, utilizaron como instrumentos el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ) y el Inventario de Estilo de Afrontamiento de Vitalino (escala abreviada del inventario de Lazarus y Folkman). Reseñan que en estudios internacionales en los que se ha usado la prueba de Eysenck en pacientes suicidas, se han dado de modo consistente puntajes elevados en la escala de neuroticismo (N) y bajos en la de extraversión (E, indicativos de una fuerte introversión). En su estudio tuvieron hallazgos semejantes, y también encontraron que el neuroticismo (N) correlacionaba negativamente con la extraversión (E), de manera significativa ($r = -0.42$, nivel 0.01). En su tema central concluyeron que el “tipo de personalidad N” mostraba una correlación negativa significativa ($p < 0.01$) con las estrategias centradas en la *solución de problemas* y el *soporte social* (focalizadas en el problema), y positiva con las estrategias *evitativas* y de *alteración del significado emocional o fantasiosa* (centradas en la emoción). Asimismo, “el tipo E” correlaciona positiva y significativamente con las estrategias centradas en la *solución de problemas* ($p < 0.01$) y con la *búsqueda de soporte social* ($p < 0.05$). También encontraron que la estrategia “autoculpabilizante” (centrada en la emoción), a pesar de no correlacionar ni con N, ni con E, era la primera opción utilizada por las personas con tentativa suicida. Consideran que son las dimensiones de la personalidad las que influyen de manera importante en el estilo de afrontamiento, y que un elevado N facilita la aparición de una crisis, va pareja

con una disminuida capacidad de resolver los problemas y acarrea un mayor riesgo suicida. Finalizan invocando que los programas de prevención de la conducta suicida, le otorguen una consideración central al entrenamiento en la solución de problemas.

Bella et al. (2010) estudiaron una muestra de 41 niños y adolescentes, entre los 8 y los 17 años, hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital del Niño de Córdoba (Argentina), para describir la frecuencia de los trastornos mentales y de comportamiento que pudieran presentar, identificar el método de autoagresión utilizado y los eventuales antecedentes psicopatológicos. Usaron como instrumentos la entrevista clínica semiestructurada y una ficha de datos de registro. El 56% de la muestra eran mujeres, y su media de edad era superior (estadísticamente significativa) a la de los varones (13.6 y 12.1, respectivamente). El 90% del total había ingerido fármacos, obtenidos en el hogar, como método de autoagresión (68% psicofármacos); 12% intentó el ahorcamiento, y 10% la ingesta de químicos o pesticidas (algunos usaron más de un método a la vez). En el 100% de los casos el intento de suicidio se verificó en el hogar. El 49% de la muestra presentaba antecedentes psicopatológicos de trastorno de conducta disocial, y el 32% había realizado al menos un intento previo; asimismo, el 22% tenía antecedentes de consumo de sustancias, 20% de violencia familiar, 10% de trastornos de aprendizaje y 7% de abuso sexual. Sólo el 22% recibía algún tipo de tratamiento especializado en el periodo previo al intento. En relación con la condición vigente en el momento de éste, se encontró depresión en el 29% de los casos, trastorno de conducta disocial en el 22%, trastornos relacionados con la crianza en el 20%, y trastorno de personalidad en el 17%.

Una conclusión de la revisión de estos estudios antecedentes es que se han explorado una diversidad de contextos y de variables específicas sobre la conducta suicida (privilegiando, quizá, los datos epidemiológicos), y diversos aspectos cognitivos y de comportamiento en los adolescentes, tanto en nuestro medio como

en el exterior, buscándose inclusive una relación entre unos y otros. No obstante, no se ha investigado específicamente el tema de las *creencias irracionales*, derivado de los postulados de Albert Ellis, en conexión con las *dimensiones de la personalidad* propuestas por Hans Eysenck, para esclarecer las diferencias probables entre los adolescentes en riesgo de conducta suicida y los que no lo están.

Asimismo, salvo un estudio preliminar (Guzmán, 1994), tampoco se ha estudiado en adolescentes la probable relación existente entre ambos constructos (*ideas irracionales y dimensiones de la personalidad*), siendo esta un área potencialmente fructífera por las implicancias teóricas y prácticas que acarrearía en sus respectivos campos.

2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Asumiendo una perspectiva integral del desarrollo psicológico, entendemos el comportamiento humano como el producto de distintas variables que simultáneamente y en distinta medida contribuyen a su aparición y mantenimiento. En el presente estudio nos centraremos en la importancia de la personalidad y de las ideas irracionales, su interacción y probable relación con los intentos de suicidio en adolescentes.

2.2.1 LA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE EYSENCK

2.2.1.1 Antecedentes

El trabajo y los aportes de Hans Eysenck (1916-1997) al estudio científico de la personalidad se encuentran entre los más significativos que se han dado dentro de la historia de la Psicología. Su contribución se nutrió de diferentes campos además del

estrictamente psicológico, como la fisiología y las nacientes neurociencias, además de la estadística y de los estudios a gran escala, junto con el trabajo experimental de laboratorio.

Para Eysenck la personalidad es “la organización más o menos fija y duradera de la conducta, del temperamento, del intelecto y de la realidad física de un ser humano, que determina su adaptación concreta al medio ambiente” (Eysenck, 1953, citado por Amelang & Bartussek, 1981).

Siguiendo las líneas trazadas por Guilford y Cattell, emplea el análisis factorial como herramienta para detectar las dimensiones descriptivas de la personalidad. No obstante, como parte de su método hipotético-deductivo, a esta técnica se suman los análisis experimentales con sujetos en una variedad notable de situaciones controladas, consiguiendo verificar la validez de los hallazgos preliminares y posibilitando el arribar a conclusiones sustentadas, que han significado un destacado avance para la psicología general y diferencial.

Esta aplicación de los métodos de la psicología experimental, ha permitido dar el salto de la descripción de las diferencias individuales hasta su explicación, al menos tentativa; y aun cuando su teoría, construida a lo largo de décadas de investigación psicométrica y empírica, está sujeta a controversias en más de un tema, el cuerpo de estudios de laboratorio y de campo que la sustentan casi no tiene parangón.

2.2.1.2 Enfoque del estudio de la Personalidad

Como se ha señalado, Eysenck se adhiere al método hipotético-deductivo de investigación y al enfoque nomotético en el estudio de la personalidad, es decir, apunta a descubrir leyes generales de la conducta aplicables a todo individuo, válidas para la explicación tanto de los comportamientos considerados normales o deseables, cuanto de los llamados anormales o indeseables.

Inició sus investigaciones con evaluaciones de conducta y las relacionó con resultados de tests y de cuestionarios objetivos. Sus primeras muestras provenían de casos psiquiátricos, pero se preocupó en determinar si los factores extraídos también eran verificables en sujetos normales, pasando entonces a considerar que ambos grupos podían ubicarse en las mismas dimensiones, y que la distinción en su comportamiento sería más de naturaleza cuantitativa antes que cualitativa.

Su prédica por una Psicología de la Personalidad científica le llevó a considerar los aportes históricos del trabajo de Iván Pavlov, en relación con la explicación del condicionamiento basándose en el balance de los focos de excitación e inhibición cerebral, y de la naciente terapia conductual, que rescataba la importancia de los procesos de aprendizaje, se apegaba a las evidencias empíricas y contrastables, y conformaba paulatinamente una tecnología de intervención sobre los problemas emocionales y de conducta, sorprendentemente eficaz. Fue un ácido crítico de los enfoques dinámicos de explicación de la conducta humana y de las psicoterapias tradicionales (Eysenck, 1952).

Consideramos importante destacar este último aspecto, ya que aunque Eysenck en las etapas avanzadas de sus investigaciones y elaboraciones teóricas le otorgó una significativa importancia a las bases biológicas de la personalidad, nunca dejó de ser un ferviente creyente de la trascendencia de las experiencias particulares que un ser humano concreto atravesaba (Anicama, 2010). Su perspectiva destaca que hay rangos de influencia y límites con una fuerte carga genética para los efectos que las experiencias ambientales específicas de un individuo puedan tener. Así, el comportamiento siempre es una amalgama de dicha dotación genética en interacción con el ambiente (Papalia et al., 2002).

Eysenck propone un modelo jerárquico de la personalidad que partiendo de las *reacciones específicas* del individuo, en la base del mismo, progresa en su carácter descriptivo y generalizable a través de las *reacciones habituales*, el nivel de *rasgo* y el nivel de *tipo*.

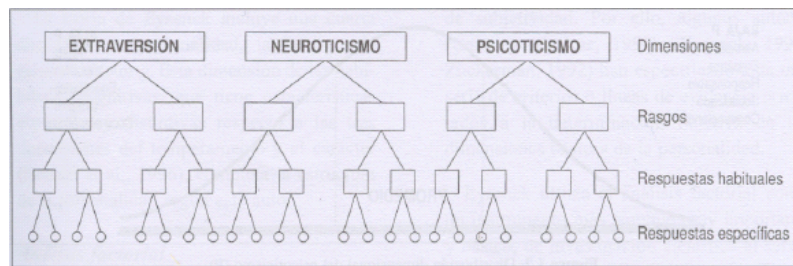


Figura 1
Modelo Jerárquico de la Personalidad de Eysenck
(Mori, 2002; Llanes, 2006)

Las *respuestas específicas* pueden presentarse una sola vez o en repetidas ocasiones, son los puntos de contacto y de interacción con el medio. Poseen una mínima generalidad y una máxima especificidad. Si aparecen en forma repetida, pasan a ser consideradas reacciones o *respuestas habituales*, que suelen quedar asociadas a situaciones semejantes y alcanzan un mayor nivel de generalidad: nuestras costumbres cotidianas.

La agrupación de los hábitos, en función de sus correlaciones, configura el nivel de *rasgo*, que son factores disposicionales que influyen persistentemente en nuestra

conducta en variadas circunstancias, y constituyen una abstracción con una generalidad más amplia y una especificidad media; poseen estabilidad y consistencia.

Finalmente, llegamos al punto más elevado de generalidad e inclusividad dentro de la jerarquía: el nivel de *tipo*, que se construye por la agrupación de rasgos intercorrelacionados y que, para Eysenck, debe de ser el foco central del estudio de la personalidad. En otras palabras, se describe la personalidad de un individuo cuando lo caracterizamos según sus tipos psicológicos, que suponen una variedad de rasgos organizados en una estructura; son constructos hipotéticos con un máximo nivel de generalidad y un mínimo de especificidad. Ese es el nivel de las que denominó Dimensiones Básicas de la Personalidad.

2.2.1.3 Dimensiones de la Personalidad

Considerando el nivel de *Tipo* como el más amplio y generalizado en la descripción de la personalidad de un individuo, Eysenck se ha pronunciado decididamente acerca de la existencia de sólo tres Tipos o factores que, con fundamento empírico, cubren la varianza fundamental de la personalidad y que serían ortogonales (independientes) entre sí:

1. La Dimensión Extraversión (Introversión-Extraversión) (E)
2. La Dimensión Neuroticismo (Estabilidad-Inestabilidad) (N)
3. La Dimensión de Dureza (Psicoticismo) (P)

De estas tres, sólo las dos primeras han sido más ampliamente estudiadas y su existencia como “superfactores” verificada, incluso en trabajos de otros autores. Eysenck mismo ha centrado el grueso de su obra en la explicación detallada de las señaladas dimensiones o en el esclarecimiento de sus raíces (Amelang & Bartussek, 1981).

La Dimensión Extraversión (Introversión-Extraversión) (E)

Derivada inicialmente, al igual que el Neuroticismo, de la integración de distintos trabajos que suponían evaluaciones de profesionales y familiares con muestras clínicas, la aplicación de pruebas psicológicas y el empleo del análisis factorial, quedó también plenamente ratificada en estudios posteriores en poblaciones normales e, inclusive, en culturas diferentes. Para su denominación, Eysenck se basó en los aportes literarios de Jung y de McDougal, y en las investigaciones estadísticas del grupo de trabajo de Spearman.

La Dimensión Extraversión discurre entre dos polos, la *Introversión* y la *Extraversión* propiamente dicha, constituyendo un continuo en el que es posible situar la conducta de todo individuo. Es la dimensión relacionada con la sociabilidad y el tipo de vivencias y modo de vida privilegiados por el individuo:

“El extravertido típico es sociable, le gustan las reuniones, tiene muchos amigos, necesita personas con las que hablar y no se siente a gusto solo. Busca la animación, aprovecha las ocasiones favorables, actúa a menudo espontáneamente, se arriesga mucho y es en general impulsivo. Gasta bromas pesadas, encuentra siempre la respuesta rápida y le gustan los cambios; despreocupado, ligero, optimista, se ríe mucho y suele estar alegre. Tiende a moverse y a hacer cosas, a ser agresivo y a perder la paciencia; no siempre domina sus sentimientos y tampoco se muestra siempre como persona de confianza.”

“El introvertido típico es tranquilo, más bien reservado, introspectivo, amante de los libros más que de los hombres; es retraído y distante, salvo entre amigos íntimos. Tiende a planificar las cosas, es cauteloso y desconfía de los impulsos del momento. No le gusta la animación, toma las cosas diarias con cierta seriedad y le gusta la vida ordenada. Controla estrictamente sus sentimientos, es más bien pesimista y otorga gran importancia a las normas éticas” (Eggert, 1974).

Hallazgos verificados en relación con E:

1. Los introvertidos desarrollan potenciales excitatorios fuertes (en el Sistema Nervioso Central, que inciden sobre la corteza cerebral), lo que facilita el condicionamiento y el aprendizaje; mientras que los extrovertidos desarrollan potenciales inhibitorios más rápidos, intensos y de extinción más lenta, que limitan el condicionamiento, el aprendizaje y, en general, la perseverancia en una actividad.
2. Contra la opinión convencional, las sustancias excitantes (como la cafeína y las anfetaminas) incrementan la activación reticular y, por lo tanto, cortical, lo que conlleva cambios de naturaleza introvertida y no extravertida. Por el contrario, los tranquilizantes incrementan los potenciales inhibitorios, modificando el balance de excitación-inhibición hacia la extraversión.
3. Los extrovertidos tienden a ser poco precisos en su desempeño psicomotor y a incurrir con facilidad en movimientos más amplios y frecuentes que los introvertidos. En tareas motoras mecánicas, sufren con más frecuencia de pausas involuntarias.
4. En los extrovertidos se aprecia un mayor nivel de *inhibición reactiva* (en el sentido de Hull, análogo a la fatiga) y de reminiscencia, es decir, un incremento en el desempeño luego de una breve pausa. También una mayor susceptibilidad hacia la *inhibición condicionada*, producida por la coincidencia espacio-temporal de estímulos (Amelang & Bartussek, 1981).
5. En tareas de memoria, los extravertidos muestran procesos de consolidación de menor intensidad inmediatamente después de expuestos los estímulos de aprendizaje, siendo más susceptibles a la interferencia.

6. Los extrovertidos se agotan con más facilidad, disminuyen su rendimiento hacia la mitad y el final de la tarea; suelen incrementar su productividad cuando actúan en grupo, y no gustan de planificar sus actividades ni sujetarse a rutinas.
7. Los extrovertidos buscan gran cantidad de estímulos ambientales, se arriesgan con más facilidad y son más vulnerables a la monotonía y el aburrimiento; también incurren con mucha mayor frecuencia que los introvertidos en reacciones impulsivas y belicosas.
8. Los extravertidos son más insensibles al castigo o a su amenaza, y son más sensibles a la recompensa y al refuerzo positivo (Gray, 1973).

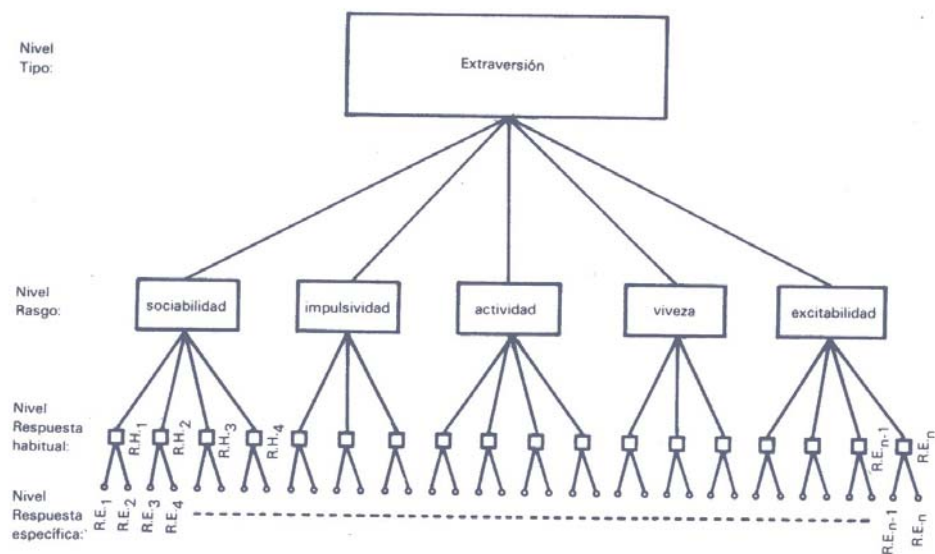


Figura 2 La Dimensión Extraversión: rasgos del polo extravertido
(Amelang & Bartussek, 1981)

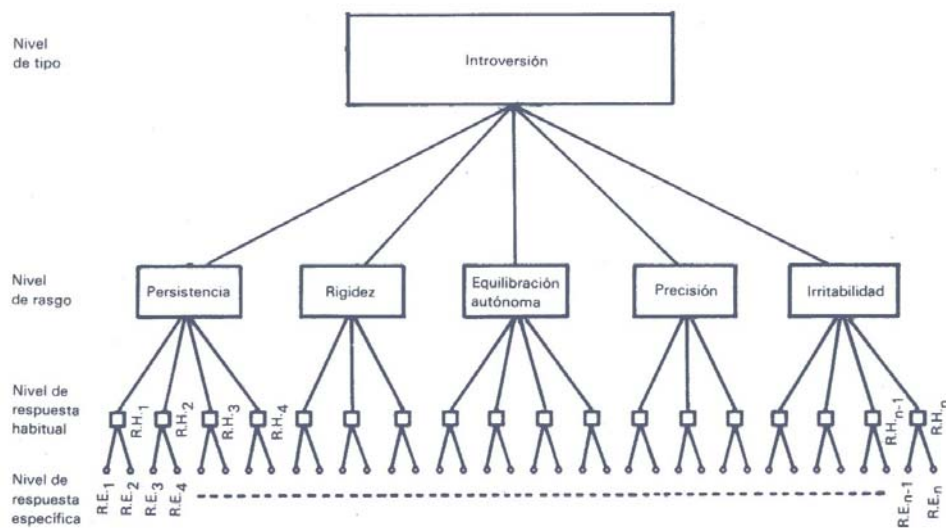


Figura 3 La Dimensión Extraversión: rasgos del polo introvertido
(Amelang & Bartussek, 1981)

Pero Eysenck no se limitó a la descripción exhaustiva de E y a su comprobación y vigencia en múltiples condiciones y variados escenarios. También exploró cuál es el sustrato biológico que le corresponde (Eysenck, 1967; Oblitas et al., 2010) y que le otorgaría las características indicadas.

Basándose en los conceptos de excitación y de inhibición cortical, en algunos aportes de Pavlov y de Hull al respecto, y luego de sus propios hallazgos, llegó al convencimiento que los extrvertidos *“tienden a la formación de potenciales excitatorios débiles y procesos inhibitorios rápidos, intensos y de extinción lenta; los introvertidos, a la inversa, muestran potenciales excitatorios fuertes, y procesos de inhibición lentos y débiles.”* (Amelang & Bartussek, 1981). Esta variabilidad de acción tendría conexión directa y dependiente del umbral de excitación del Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA), formado por núcleos neurales distribuidos en el tronco cerebral y cuya principal función es regular la activación cortical (arousal), darle el tono apropiado para el correcto desempeño de las funciones cerebrales superiores.

En otros términos, los introvertidos presentan un mayor nivel de activación cortical, una mayor facilidad de incidencia ante cualquier estímulo por presentar umbrales más bajos de excitación del SARA; en tanto que en los extrovertidos, al tener umbrales de excitación más elevados, presentan una mayor dificultad. En la práctica, esto llevaría a que, en igualdad de otras condiciones, el mismo estímulo sea percibido con mayor intensidad por los introvertidos que por los extrovertidos, hecho que posee repercusiones de importancia, por ejemplo en relación con el tono hedónico que acompaña a la experiencia y las respuestas adaptativas que eventualmente genera (Eysenck, 1967; Oblitas et al., 2010).

Este correlato neurofisiológico explicaría la preferencia de los extrovertidos por una mayor dosis de estimulación, apetencia por las sensaciones y búsqueda de variedad en su ajuste cotidiano al entorno, en comparación con los introvertidos; al igual que la mayor tolerancia de los primeros ante los estímulos dolorosos. Las numerosas investigaciones desarrolladas al respecto no siempre han sido coincidentes en sus resultados, pero en general han respaldado las hipótesis ideadas de acuerdo con la teoría eysenckiana reseñada.

En una revisión exhaustiva reciente (Schmidt, 2010) de los estudios efectuados durante las últimas décadas sobre el tema de las bases biológicas de las dimensiones de la personalidad se reafirma este aserto, aunque se concluye que *“...la concepción de arousal psicológico general ha sufrido modificaciones... el sistema retículo-cortical se considera únicamente como uno de los varios sistemas de arousal”*, dando espacio para considerar al probable arousal derivado del sistema límbico, del sistema de la monoamino oxidasa (MAO), del sistema difuso tálamo-cortical y del sistema pituitario-adrenocortical (Pelechano-Barberá, 2000). No obstante, se mantendría un sentido básico de actuación unitaria entre estos sistemas que, dentro de su mayor complejidad, respaldan la teoría central.

La Dimensión Neuroticismo (Estabilidad-Inestabilidad) (N)

Es un índice de la estabilidad emocional de la persona, y se extiende desde el polo de la estabilidad extrema hasta el de la inestabilidad abrumadora. Las personas con valores altos en esta dimensión presentan labilidad y tendencia a las reacciones exageradas, a la hipersensibilidad emocional, costándoles volver a la normalidad y el equilibrio tras dichas experiencias.

“Tales individuos experimentan con más frecuencia desarreglos somáticos difusos poco graves como cefalea, trastornos gástricos, insomnio, dolor de espalda, etc. Suelen tener además muchas preocupaciones, angustias y otros sentimientos desagradables. Están predispuestos a contraer afecciones neuróticas bajo el efecto del stress, pero no hay que confundir tales predisposiciones con un trastorno neurótico agudo; una persona puede tener tales valores altos en N y mostrar sin embargo una conducta adaptada en la profesión, en la sexualidad, en la familia y en la esfera social.” (Eysenck & Eysenck, 1968).

En general, las investigaciones han coincidido en que las personas con un elevado Neuroticismo presentan las siguientes características, que son un desagregado de las mencionadas en los párrafos precedentes:

1. Se aprecia un bajo umbral para el desencadenamiento de respuestas emotivas que pueden alcanzar una elevada intensidad y un tono cualitativo muy marcado.
2. Estas reacciones aparecerán como manifestaciones específicas de ansiedad, inseguridad, o cólera; expresadas con mayor o menor bloqueo, o con estallidos desordenados.
3. Se observa una muy limitada tolerancia con las situaciones ambientales de frustración y estrés, ya sea de índole físico o psicológico; de ahí su propensión a padecer trastornos psicosomáticos.

4. Suelen ser dependientes de su entorno y susceptibles a la sugestión, afanándose por encontrar un estado de paz y tranquilidad que nunca alcanzan, ya que, paradójicamente, persisten en conductas estériles y desadaptativas, saboteando sus propios objetivos.
5. Les cuesta mucho ser realistas en los análisis y evaluaciones de su propio comportamiento, no siendo raro que se consideren sensibles e incomprensidos por los demás.
6. En muchos casos aparecen como personas preocupadas, tímidas y abrumadas por las dudas e incertidumbre sobre diversos aspectos de su vida; no son extrañas las manifestaciones de limitada autoestima, sentimientos de culpa y depresión.
7. Presentan en su saliva y orina niveles alcalinos por encima del promedio, situación que se repite con la cantidad de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que se encuentran en la segunda.
8. Su conductibilidad de la piel es elevada y su tensión (tono) muscular usual es comparable a la de los individuos normales en situaciones de estrés.
9. Asimismo, evidencian un ritmo cardíaco más acelerado y cambiante, y una tensión sanguínea sistólica incrementada. Les toma más tiempo retornar al nivel básico de equilibrio previo a la estimulación emotiva.

Las características de orden fisiológico indicadas ponen de relieve la indelible conexión entre N y el Sistema Nervioso Autónomo, que sería la principal vía de expresión de esta dimensión a través de la rama *simpática*, cuya estimulación produce incremento de la presión sanguínea, taquicardia, vasoconstricción, aceleración de la respiración, aumento de la sudoración, de la dilatación pupilar y de la tensión muscular, entre otras respuestas. Desde hace muchas décadas se reconoce que la activación

simpática forma parte de nuestra herencia, y filogenéticamente contribuyó (contribuye), al igual que en muchos mamíferos, a nuestra supervivencia como especie, ya que prepara al organismo para la acción ante una situación de emergencia que demanda una respuesta eficaz de escape o de lucha. La estimulación de la rama complementaria dentro del Sistema Nervioso Autónomo, la *parasimpática*, es la encargada de llevar de retorno al equilibrio al organismo.

Esta constatación llevó a Eysenck a considerar que la base biológica de N reside en el llamado cerebro visceral o sistema límbico, antiguamente denominado rinencéfalo y que filogenéticamente es la parte más antigua de la corteza cerebral; está compuesto por los núcleos y conexiones neurológicas distribuidas principalmente en el hipotálamo, la amígdala, el hipocampo y el cíngulo, que, a su vez, presenta conexiones transversales con otros centros cerebrales, en especial con el tálamo, que haría las veces de estación de relevo y de transmisión del tono y repercusión emocional de la estimulación e información en proceso hacia la neocorteza (lóbulos frontal y temporal) y la formación reticular.

En resumen, la activación del sistema límbico, cuyo umbral de estimulación es bastante bajo para quienes presentan un elevado neuroticismo, desencadena la excitación de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo, que es su vía natural de expresión, dando lugar a la aparición de los signos y comportamientos reseñados, que serán especialmente notorios cuando sus efectos se acumulan en el tiempo a través de una desadaptación conductual y social creciente, o de la sintomatología física de naturaleza psicosomática.

El paso de los años, literalmente décadas de investigación, desde que Eysenck planteó sus hipótesis sobre las bases biológicas de la personalidad no ha hecho sino confirmar que su orientación es correcta (Albores-Gallo et al., 2003; Anicama, 2010; Oblitas et al., 2010), aunque con matices, como aceptar que no hay una relación lineal entre N y las medidas psicofisiológicas de activación autonómica, y que “...*muchas de las respuestas que caracterizan a los sujetos con altos niveles de N no necesariamente se*

encuentran relacionadas con respuestas agudas de ansiedad, sino tal vez con preocupación crónica, insatisfacción, pesimismo, baja autoestima y sentimientos de aflicción (es decir, con otros rasgos de N). Esta dimensión podría ser demasiado compleja como para ser reducida a la actividad del sistema límbico y autonómico, y al estudio de los correlatos biológicos de la ansiedad...” (Schmidt, 2010).

Asimismo, en la citada revisión se concluye de forma pertinente que los rasgos (dimensiones) de la personalidad estarían “...relacionados con más de un sistema cerebral y, a la vez, un mismo sistema puede influir en uno o más rasgos.” (Schmidt, 2010).

Genética y las dimensiones de la personalidad

Las afirmaciones de Eysenck acerca de los fundamentos biológicos de ambas dimensiones identificadas de la personalidad, corrieron parejas con las implicancias que conllevaban, todavía más polémicas si cabe el caso, sobre el peso que la herencia jugaría en su aparición y el margen de posibilidades de modificación, en el sentido adaptativo, que permitían. Diversos estudios (Eysenck & Eysenck, 1981), y en especial los desarrollados con gemelos (monocigotos y dicigotos) criados tanto en ambientes semejantes como diferentes, son bastante concluyentes desde su teoría: hay evidencias de una fuerte carga genética en la aparición de las dimensiones de la personalidad, en especial para aquellos que tienden a ubicarse hacia sus extremos, al punto de explicar no menos del 50%, y quizá hasta un 70-75%, de la varianza de las mismas (de la personalidad en términos eysenckianos). Es decir, las diferencias que apreciamos en el comportamiento de los individuos, dependerían o son producto, entre un 50 y hasta un 75%, de las diferencias igualmente presentes en la herencia de dichos individuos (Pérez & Urquijo, 2002).

¿Significa esto que heredamos nuestro comportamiento y que no hay mayores esperanzas de transformación benéfica? En absoluto, ya que la conducta *siempre* es producto de nuestra herencia en interacción con un medio ambiente particular. Ambos

son indispensables para la aparición de un comportamiento específico (Papalia et al., 2002), aserto que es particularmente patente cuando nos referimos a los que conforman los principales jalones del desarrollo humano por su creciente complejidad. Eysenck desde siempre fue también un tenaz defensor de la importancia de las experiencias de aprendizaje, y es considerado un precursor y difusor de la entonces naciente terapia conductual en las décadas de 1950 y 1960 (Anicama, 2010); comprendía que heredamos una predisposición específica que señalará algunos límites y un rango relativamente determinado de alternativas para las expresiones fenotípicas particulares de un individuo concreto, producto de la indicada amalgama entre el genotipo y el ambiente (Eysenck & Eysenck, 1981; Albores-Gallo et al., 2003).

La mayor o menor facilidad de condicionamiento o de respuesta emotiva tienen una conexión innegable con la dotación genética del individuo, pero las circunstancias concretas en que ocurrirán y ante qué clase de estímulos quedarán asociados -sea que los faciliten e incrementen, o que los inhiban y debiliten- dependerán en no poca medida del ambiente en que se desenvuelva. Por ejemplo, una elevada predisposición genética hacia el neuroticismo puede quedar atenuada y hasta contrarrestada por un medio familiar y social relativamente libre de estresores significativos; y lo contrario también es cierto, una escasa inclinación hacia el neuroticismo puede desembocar, sin embargo, en una eclosión desadaptativa si convive con circunstancias de intenso y prolongado estrés ambiental.

Igualmente, en repetidos ensayos se ha comprobado que es factible modificar transitoriamente las tendencias de extraversión de los individuos apelando a sustancias con efectos químicos específicos (Amelang & Bartussek, 1981; Eysenck & Eysenck, 1981), que no se limitan sólo a los psicofármacos. Así, el alcohol lleva a las personas a ser más extravertidas, por su efecto cortical depresor; mientras que las anfetaminas, e inclusive la nicotina y la cafeína, al incrementar el nivel de estimulación cortical, empujan el comportamiento hacia la introversión. Se asume que las técnicas de psicoterapia que cuentan con evidencias objetivas de su éxito, construyen su eficacia dentro de los márgenes de cambio que ofrecen las dimensiones de la personalidad, a

partir del establecimiento de nuevas asociaciones, condicionamientos y repertorios de conducta, incluyendo el ilimitado campo que el lenguaje, con su capacidad de análisis racional y elaboración de significados trascendentes, ofrece a quienes lo emplean terapéuticamente.

2.2.1.4 Tipología del Temperamento

Las indicadas dimensiones de la personalidad contribuyen a una descripción todavía más generalizada de un individuo cuando se interrelacionan en un mismo plano (bidimensional), dando lugar a la sorprendente e inesperada validación, al menos parcial, del modelo clásico de los temperamentos (melancólico, colérico, flemático y sanguíneo), formulado por Hipócrates (460-377 a.c.) y Galeno (130-200) en la antigua Grecia y enriquecido por observaciones o descripciones detalladas y coloridas como las efectuadas por Kant (1724-1804). Ahora reaparecían bajo una nueva luz, fundada en evidencias empíricas provenientes de distintas fuentes, y alejada de las especulaciones más bien esotéricas o literarias que los acompañaban hasta entonces.

Ya Wundt (1903) había sido un precursor de ellas cuando dejando de lado el modelo categorial propuso el dimensional, empleando como ejes descriptivos la “*fuerza de los movimientos anímicos*”, donde encontramos hacia un extremo que los coléricos y melancólicos experimentan emociones fuertes mas efímeras, en tanto que en los flemáticos y sanguíneos éstas son más estables; el otro eje propuesto era el de la “*celeridad del cambio*”, donde los coléricos y sanguíneos presentan una mayor variabilidad, mientras que los flemáticos y melancólicos son más constantes. Estas denominaciones fueron las predecesoras del *neuroticismo* y de la *extraversión*, respectivamente. Aunque Wundt se limitó a efectuar observaciones sumarias sobre las características de estos temperamentos sin intentar ofrecer algún criterio o método más preciso para clasificar a las personas, su contribución fue un paso significativo en la comprensión de la conducta humana en el tema de la personalidad (Amelang & Bartussek, 1981).

En una revisión relativamente reciente sobre el tema (Albores-Gallo et al., 2003), que no está exclusivamente dedicada al modelo de Eysenck, se destaca el valor heurístico del moderno concepto del temperamento en la comprensión de los rasgos de personalidad, y en el rastreo de las bases neurobiológicas y genéticas de los mismos; mostrando que el concepto ancestral de los griegos ha persistido vigente en dicho tópico (biología y herencia), y en el aserto que supone considerar a las emociones como el núcleo de las características del temperamento.

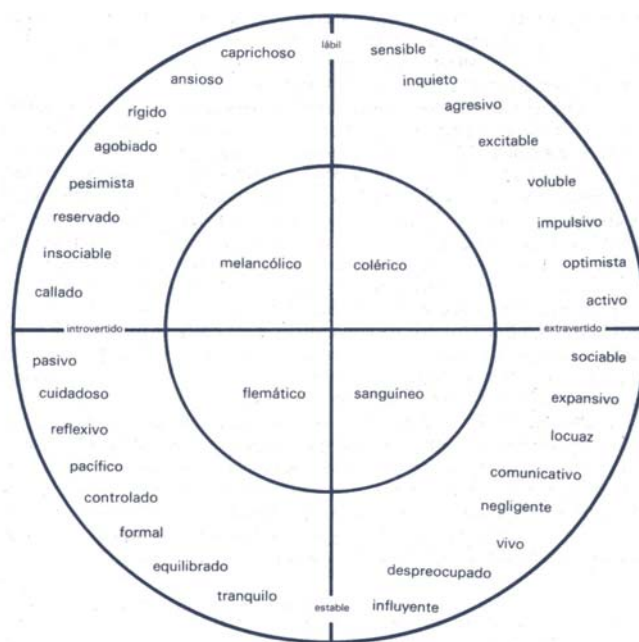


Figura 4 Las Dimensiones de la Personalidad y los cuatro Temperamentos
(Amelang & Bartussek, 1981)

2.2.2 IDEAS IRRACIONALES Y LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS

2.2.2.1 Antecedentes

Albert Ellis (1913-2007) desarrolló su propuesta terapéutica en forma paulatina a partir de su insatisfacción con los resultados alcanzados con el modelo psicodinámico

con el que se formó. Sus primeras publicaciones acerca de su nuevo enfoque se dieron a fines de los años 50, terminando de consolidarse en las dos siguientes décadas. Desde entonces y hasta el final de sus días no dejó de publicar (tiene más de 60 libros de los que es autor o coautor) y de difundir sus ideas que, luego de una inicial resistencia, han terminado por imponerse en el mundo de la psicoterapia moderna.

El trabajo de Ellis fue pionero en sentar las bases de lo que actualmente se conoce como el movimiento cognitivo conductual, en el cual podemos mencionar, entre otros, a profesionales tan destacados como Aaron Beck, David Burns, William Glasser, Maxie Maultsby y Donald Meichenbaum.

Su escuela fue inicialmente denominada Terapia Racional, luego Terapia Racional Emotiva (nombre clásico) y, finalmente, Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC, denominación actual), con lo que se buscaba darle énfasis a las líneas de trabajo que englobaba y que tal vez no eran obvias para el neófito.

2.2.2.2 Principios Básicos de la TREC

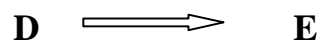
Una de las características resaltantes de la TREC es la sencillez de los principios en los que se sustenta (Ellis & Grieger, 1977):

- Todos los humanos construimos un sistema de creencias que nos sirve de base para interpretar y valorar a la gente y a los acontecimientos.
- En ningún caso nuestras experiencias tienen un valor establecido por sí mismo. Somos nosotros quienes les otorgamos tal valor.
- Las experiencias activadoras (A) influyen en las consecuencias emocionales (C) pero no las determinan.
- Son nuestras creencias (B) la causa principal de nuestras emociones, sentimientos y conductas que siguen a las señaladas A.



- A : Experiencias activadoras.
B : Creencias personales, interpretación de los hechos.
C : Consecuencias emocionales y conductuales.

La Terapia Racional Emotiva Conductual puede intervenir favorablemente en esta secuencia a partir del siguiente paso: D, y el consiguiente resultado en E:



- D : Discriminar, disputar, debatir (racionalmente).
E : Nuevo efecto emocional y conductual.

Los Sentimientos Negativos

La TREC afirma que es sano y adaptativo experimentar sentimientos negativos cuando enfrentamos frustraciones y decepciones en el devenir cotidiano, pero no es apropiado ni razonable que tales sentimientos lleguen a ser extremos, pues entonces pasan a ser sentimientos desadaptativos y malsanos (Ellis & Chip, 1997):

- Sentimientos negativos sanos:
 - Decepción, tristeza, frustración, inquietud, irritación.
- Sentimientos negativos malsanos:
 - Depresión, pánico, rabia, autoconmiseración, baja tolerancia con la frustración.

En la misma línea, resalta la importancia de saber distinguir las creencias racionales de las que no lo son. Lo común es que reaccionemos ante los sucesos activadores (A) con una mezcla de ambos tipos de creencias o ideas (B):

- Creencias constructivas, adaptativas o racionales.
- Creencias destructivas, desadaptativas o irracionales.

Creencias constructivas o racionales

Son las que “...nos permiten (a) mantenernos vivos y (b) alcanzar las metas y valores que seleccionamos para llevar una vida placentera, disfrutable o que valga la pena.” (Ellis & Harper, 1975).

Creencias destructivas o irracionales

Son aquellas en las que encontramos una o más de las siguientes características:

1. *“Se basan en opiniones subjetivas antes que en hechos objetivos, derivando en una percepción inadecuada de la realidad.*
2. *Ponen en riesgo el bienestar y la seguridad personal.*
3. *Impiden el progreso hacia las propias metas.*
4. *Llevan a experimentar con frecuencia un malestar interno mayor que el que es dable tolerar con comodidad.*
5. *Producen innecesarios conflictos con otros miembros de la comunidad.”*
(Ellis & Harper, 1975).

Principales ideas Irracionales

Desde sus primeros escritos Ellis propuso una lista de las ideas irracionales que serían las principales responsables de la gran mayoría de los sufrimientos emocionales de los seres humanos (Ellis, 1958); presentamos a continuación seis de ellas estimadas entre las más trascendentes (Ellis, 1962; Davis et al., 1981):

1. Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.
2. Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.
3. Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.
4. Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.
5. La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.
6. Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando.

2.2.2.3 El Proceso Terapéutico

El camino para el cambio saludable está señalado: hay que identificar, reconocer y disputar enérgicamente los enunciados irracionales y autoderrotantes que están en la base de nuestra desadaptación, ya que es el medio más seguro para modificar un hábito (visión de la realidad, incluyéndonos a nosotros mismos) arraigado usualmente durante años. El arte y la habilidad del terapeuta estarán centrados en este objetivo.

En lo fundamental abarcará tres aspectos sucesivos, sobre los que se volverá en repetidas ocasiones hasta que el paciente los integre en su repertorio usual:

1. Detectar nuestras principales Creencias Irracionales.
2. Diferenciar claramente dichas creencias de nuestras Creencias Racionales.
3. Debatir estas Creencias Irracionales activa y enérgicamente.

Por ejemplo, pueden emplearse las siguientes interrogantes para cuestionar nuestras ideas irracionales que prácticamente siempre suponen *una exigencia desmedida* sobre la conducta de las otras personas o sobre la realidad:

- “¿*Qué es lo que hace terrible su comportamiento injusto?*”
- *¿Me han tratado realmente cien por cien mal?, ¿No hay nada peor que la manera como me han tratado?*
- *¿Ya no puedo, después de esto, disfrutar de la vida en absoluto?*
- *¿Hay alguna razón por la que bajo ningún concepto deban tratarme tan mal como lo han hecho?, ¿Hay una ley universal que lo prohíba?*
- *¿Por qué o cómo es que no soporto este trato injusto?*
- *¿Quién dice que es insoportable o demasiado?, ¿Acaso me voy a desintegrar o morir?”* (Ellis & Chip, 1997).

Nueva Filosofía eficaz (E)

Si persistimos en el esfuerzo indicado iremos desarrollando paulatinamente una visión diferente de las propias frustraciones y desengaños, por ejemplo, que suelen ser temas recurrentes cuando la emoción involucrada es la cólera y las reacciones hostiles. Esta nueva manera de apreciar nuestra realidad no tiene que confundirse con el apoyo de la pasividad o de un cómodo conformismo; antes bien, consiste en saber valorar los hechos en su justa medida, reconociendo los límites razonables pero también alentando nuestras apropiadas aspiraciones y esfuerzos por una sana prosperidad y crecimiento:

- *“Puedo aguantar esta injusticia, aunque nunca me gustará.*
- *Es una pena y un fastidio, pero no es terrible.*
- *Sería preferible que me tratasen con justicia; pero, obviamente, no tienen por qué hacerlo.*
- *No son malvados ni desgraciados, sino personas que a veces me tratan malvadamente”* (Ellis & Chip, 1997).

2.2.2.4 La TREC en la práctica: un enfoque integrador

La TREC ha recurrido desde sus inicios a una amplia variedad de estrategias, métodos y técnicas, siendo en los hechos una terapia más integradora que ecléctica, ya que los asumía bajo una visión unificadora que los proveía de sentido. En esa línea, podemos distinguir, más por una cuestión académica antes que por la posibilidad de que se den de manera pura y en verdad aislada, la siguiente variedad de métodos:

- Métodos cognitivos.
- Métodos emotivos.
- Métodos conductuales.
- Métodos educativos.
- Métodos no convencionales.

El enfoque racional emotivo ha probado su validez no sólo en el campo clínico para el trabajo con niños, adolescentes, adultos, parejas y grupos en una diversidad de cuadros, sino también en ambientes escolares, comunitarios y organizacionales (Ellis & Grieger, 1977; Oblitas et al., 2010), siendo permeable a la adopción de una perspectiva de prevención y promoción de la Salud Psicológica.

En esa línea, se ha señalado con razón que esta perspectiva facilita la adopción de un estilo de vida más libre y flexible, con una mayor aceptación de sí mismo y de los demás, con una significativa motivación hacia las múltiples opciones de realización presentes y futuras, en las que el apego hacia la vida constituye un núcleo implícito que actuará como un sólido sustento para mantener a raya cualquier tentación de conducta autodestructiva (Guibert, 2002).

2.2.3 DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD E IDEAS IRRACIONALES

Las *Dimensiones de la Personalidad* (Extraversión y Neuroticismo) han estado sujetas desde la propuesta inicial de Eysenck a un prolongado escrutinio del que han salido airosas (Albores-Gallo et al., 2003; Anicama, 2010; Oblitas et al., 2010; Schmidt, 2010), alcanzando la condición de constructos teóricos con un valor heurístico y explicativo de la conducta. Por otra parte, las *Ideas Irracionales* según los postulados de Ellis, no han supuesto un campo homogéneo ni unitario de evaluación ya que, a diferencia de lo ocurrido con las Dimensiones de la Personalidad, estaban indisolublemente asociadas al quehacer psicoterapéutico y no a la construcción de un instrumento apropiado de registro de las mismas. En esa línea, comparado con los trabajos basados en la obra de Eysenck, se dispone de una cantidad mucho menor de estudios que hayan supuesto su cuantificación, por ejemplo, a través de cuestionarios. No obstante, su valor explicativo como factores detrás de las conductas desadaptativas cotidianas, y como esquemas cognitivos cuya superación supone un acercamiento hacia la salud psicológica, también está bastante bien consolidado dentro de la comunidad académica (Ellis & Grieger, 1977).

Sin embargo, a pesar de los méritos indicados, no encontramos estudios nacionales o extranjeros que hayan buscado esclarecer una probable relación entre ambas variables. La excepción es una investigación realizada en nuestro medio (Guzmán, 1994), cuyos resultados principales ya hemos resumido en la sección respectiva (correlación positiva entre las *ideas irracionales* y el *neuroticismo*; correlación inversa entre las

ideas irracionales y la *extraversión*) y que resultaban interesantes por sus implicancias teóricas: tanto las *Dimensiones de la Personalidad* como las *Ideas Irracionales* confirmaban su valor predictivo como variables que guardan una estrecha conexión con el ajuste personal y la adaptación al entorno, y se reforzaban las posibilidades prácticas de su aplicación en temas específicos como invocaban sus propulsores.

Siendo sugerentes, y como es natural antes de proceder a considerarlos como conocimientos sustantivos, estos hallazgos iniciales precisan de confirmaciones adicionales y de verificaciones en otros contextos y con muestras más amplias y representativas de nuestra población.

2.2.4 LA ADOLESCENCIA

2.2.4.1 Conceptos Básicos

Definimos como adolescente a toda persona que atraviesa por un periodo de transición en el que pasa física y psicológicamente de la condición de niño a la de adulto. En líneas generales, esta etapa se inicia con los cambios que llevan a la madurez sexual y se extiende hasta la independización legal de la autoridad de los adultos (Hurlock, 1994).

Se aprecia que no hay concordancia entre los autores sobre las edades específicas que conforman la adolescencia, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 1993); en cualquier caso, se da cierto consenso en que abarca cerca de una década, desde los 11 ó 12 años hasta los 18 ó 20. Tal vez las discrepancias indicadas ponen de relieve que la adolescencia es una *construcción social*, ya que a diferencia de la niñez y de la vejez, su significado e inclusive su existencia depende de la manera en que lo define la cultura. En sociedades rurales y no occidentales su vigencia es mucho más limitada y estrecha, comparada con los usos y patrones prevalecientes en las

culturas modernas occidentales. Puede estar ligada a ritos o ceremonias especiales, pero no es inusual encontrar comunidades y culturas en las que se pasa directamente de ser considerado un niño a recibir el trato de un adulto, sin que se establezca o diferencie una etapa intermedia de desarrollo.

Durante la adolescencia se dan las oportunidades de crecimiento en aspectos físicos, cognitivos, afectivos y sociales, pero también supone el enfrentamiento de ciertos riesgos específicos ya que en dicha etapa es que se sientan las bases para los comportamientos que llevan a su morbilidad y mortalidad características: embarazos no deseados y abortos, aparición de infecciones de transmisión sexual; accidentes, homicidios y suicidios; consumo de drogas legales e ilegales, y conductas delincuenciales o cuasi delincuenciales en grupo, por citar las más notorias. En esa línea, resulta paradójico que en la etapa en la que físicamente culminamos el desarrollo y estamos en las mejores condiciones para mantener nuestro creciente bienestar biológico, son nuestros comportamientos los que pueden configurar unos hábitos y un estilo de vida que terminan pasándonos una elevada factura sobre nuestra salud con alcances muchas veces insospechados.

2.2.4.2 La Pubertad

Aparece como expresión de los cambios hormonales dependientes de la información genética y de factores ambientales como la nutrición. Esta modificación hormonal influye en el estado anímico, la conducta y genera un rápido crecimiento en la estatura, el peso, las proporciones y formas corporales, y la culminación de la madurez sexual. Su duración se extiende por más de tres años, hasta que el individuo está en condiciones de reproducirse, y usualmente se inicia antes en las mujeres que en los varones. En los individuos más precoces, puede empezar desde los 8 ó 9 años y extenderse, en quienes aparece más tardíamente, hasta los 15 ó 16 años.

Entre los cambios más significativos que involucra, tenemos:

1. Crecimiento repentino en estatura y peso (“estirón de la adolescencia”).

2. Crecimiento de los genitales.
3. Aparición del vello púbico y, posteriormente, axilar.
4. Aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas.
5. Desarrollo de los senos.
6. Menarquia.
7. Eyaculaciones nocturnas o primera eyaculación.
8. Cambios en la voz.

Las *características sexuales primarias* son las referidas a los órganos reproductores, que crecen y maduran en esta etapa: ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina, en las mujeres; testículos, próstata, vesícula seminal, escroto y pene, en los varones.

Las *características sexuales secundarias* son los indicios físicos de madurez sexual que no tienen relación directa con los órganos sexuales y que en lo fundamental ya hemos enumerado líneas arriba; las más significativas son la menstruación y la eyaculación que, en promedio, aparecen entre los 12 y 13 años de edad. Sin embargo, cabe destacar que el inicio de la atracción sexual suele darse alrededor de los 10 años de edad (Papalia, 2002).

2.2.4.3 Salud Física y Psicológica

Como lo hemos indicado en párrafo precedente, los principales riesgos para la salud de los adolescentes no residen tanto en su vulnerabilidad fisiológica, ya que más bien inician la etapa de mayor vigor físico que se extenderá hasta la juventud y adultez media, sino en la aparición de conductas de riesgo que pueden desencadenar, por ejemplo, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, con eventuales secuelas de abortos, partos prematuros, crecientes daños potenciales para tales hijos y para la madre; asimismo, inicio del consumo de drogas, lícitas o prohibidas, desarrollo de comportamientos arriesgados y provocadores por la búsqueda de sensaciones, o abiertamente violentos, muchas veces ya en contextos delincuenciales o en el límite con estos, por citar los que son más desadaptativos y notorios en nuestro medio.

De ahí que las principales causas de mortalidad en la adolescencia no están asociadas con las enfermedades que producen tantos estragos en otras etapas del desarrollo, sino con sucesos repentinos que implican una fuerte carga de violencia: accidentes, homicidios y suicidios, principalmente.

Otros padecimientos que pueden alcanzar notoriedad en los adolescentes tendrán conexión con las exigencias de adaptación propias de esos años, por ejemplo, en su desempeño académico y en el dominio de habilidades, pero también en su ajuste familiar y social; no son raros los cuadros que involucran manifestaciones emocionales intensas o perturbadoras con ansiedad y depresión a la cabeza, así como expresiones de hostilidad o desencanto en el área sentimental y en las nascentes relaciones de pareja.

En las últimas décadas se ha visto un aumento de los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), siendo creciente la sensibilidad y atención que nuestra sociedad les dedica, al igual que al sobrepeso y a la obesidad.

2.2.4.4 Características Psicológicas, Sociales y Cognitivas

Se ha señalado, con toda razón, que la *definición de la propia identidad* es la tarea psicológica central de esta etapa, y que cada adolescente tendrá que resolverla a su propio ritmo asumiendo sus respectivos activos y pasivos. No obstante, hay una serie muy característica de manifestaciones psicológicas y sociales que acompañan este proceso, y que bien pueden ser útiles para tener un panorama sucinto de lo que supone la adolescencia en nuestra cultura (Cortada, 1980):

1. Búsqueda de la propia identidad; fundamentalmente a través del ensayo y definición de valores y de creencias; de hábitos y construcción de un estilo de vida; de metas y de perspectivas futuras.

2. Marcada tendencia a formar grupos de pares; acompañada por preocupación por su aceptación social y por su apariencia física.
3. Tendencia hacia la intelectualización, el desarrollo de una fantasía consciente y una vida activa.
4. Presencia de crisis religiosa o espiritual, con una variedad incontable de alternativas desde el ateísmo militante hasta la devoción mística más comprometida.
5. No es rara la desorientación temporal; con vivencias internas reveladoras de un ritmo personal que no encaja con los patrones sociales prevalecientes.
6. Madurez sexual creciente e inicio de las relaciones sentimentales de pareja. Su expresión podrá fluctuar desde las conductas autoeróticas hasta las relaciones coitales comprometidas.
7. En muchos casos, actitudes de reivindicación y de búsqueda de la justicia social; más allá de lo que dichas ideas políticas idealistas puedan significar en un momento dado.
8. Desafío a la autoridad, en un marco de cuestionamiento y rechazo de las normas y valores vigentes; conflictos familiares y lucha por una creciente independencia de los padres.
9. Aparición de dudas, incertidumbre y contradicciones manifiestas en diversos campos del comportamiento; en temas trascendentes como banales, dentro y fuera del hogar.
10. Tendencia hacia las fluctuaciones constantes en el estado de ánimo y en su disposición afectiva ante los demás.

Muchos aspectos relacionados con la identidad subsisten durante la etapa de adulto, ya que conciernen al establecimiento y la organización de los deseos, intereses y capacidades, que tendrán que adaptarse a un marco social concreto, y que son temas que pueden fácilmente ofrecer un margen para la incertidumbre y el afrontamiento personal, dadas las variables y cambiantes condiciones que el mundo nos presenta. Dentro de ese contexto, resulta también interesante que la autoestima masculina estaría más relacionada con el esfuerzo por el logro individual, mientras que la femenina privilegiaría los lazos afectivos que se forman con los demás (Gilligan, 1987).

Para los jóvenes, el lado práctico de la identidad supone al menos tres áreas importantes: la elección de una carrera y de una eventual ocupación; la asunción de ciertos valores que defenderá y que orientarán su vida; y la elaboración de una identidad sexual satisfactoria.

Es conocido que la edad pasa a ser un factor muy significativo en el establecimiento de lazos en la adolescencia, de manera que comparten más tiempo con los compañeros y menos con su núcleo familiar. Esta influencia de los pares sería mayor en la adolescencia temprana y disminuiría durante la intermedia y tardía, conforme se va estableciendo un nuevo tipo de relaciones con los padres. Sin embargo, los valores fundamentales que elaboran (mantienen) siguen siendo muy próximos a los de estos últimos, probablemente más de lo que se suele reconocer; de manera que, en general, aunque buscan en su grupo compañía e intimidad, los padres subsisten como una “base segura” para ir explorando sus posibilidades en el exterior.

Así, la llamada “rebelión adolescente”, aceptando que puede ser una etapa complicada para la familia por sus características de confusión emocional, tendencia al conflicto y enfrentamiento, distanciamiento de los valores y de la sociedad establecida, y conducta temeraria, sólo alcanzaría a crear problemas de adaptación significativos en el 15 al 25% de hogares (Papalia, 2002). En el análisis puntual, la mayor parte de las discusiones e incidentes están mucho más relacionados con el manejo práctico de los

asuntos cotidianos en la familia antes que con los valores fundamentales que albergamos.

Sobre el antagonismo y conflicto familiar en sí mismo, suele ser *más frecuente* en la adolescencia temprana (hasta los 13 ó 14 años), pero se vuelve *más intenso* hacia la etapa intermedia (15 a 17 años) y se alivia un poco al final; también se aprecia que, entre ambos progenitores, es más probable que aparezca en la relación con la madre, quien usualmente cumple un rol más trascendente acerca de la organización y control dentro del hogar.

Hay ciertas características diferenciales, en aspectos afectivos y sociales, entre varones y mujeres adolescentes que resultan interesantes y merecen ser tomadas en cuenta:

1. El apoyo emocional y compartir confidencias son factores de mayor peso en las amistades femeninas que en las masculinas, tendencia que se mantiene hasta en la vida adulta.
2. Las amistades de los varones se focalizan más en compartir actividades y menos en conversar sobre temas íntimos.
3. Entre los hombres, un punto significativo para su propia valoración y confianza en sí mismo se desprende de la competencia con los amigos; entre las chicas, prevalece la solidaridad y ayuda mutua.
4. En esa línea, los varones son menos temerosos de la competencia y más seguros de sí mismos que las mujeres.
5. También los adolescentes se sienten en mejor control de sus emociones, expresan un mayor orgullo por su cuerpo y declaran un mayor interés en temas de sexualidad que sus pares femeninos.

6. Las chicas son más empáticas y consideradas en sus relaciones; también más responsables y comprometidas en temas cívicos, sociales, académicos y laborales.

En los aspectos netamente cognitivos, los adolescentes alcanzan el mayor nivel de desarrollo intelectual, la denominada *etapa de las operaciones formales* (Piaget) que suponen la capacidad para pensar de forma abstracta; se abren plenamente las puertas de la simbolización, se liberan de las limitaciones del aquí y ahora, comprenden el tiempo histórico y las múltiples perspectivas que se pueden ofrecer sobre los mismos hechos; aprecian las metáforas, los juegos de palabras, la ironía y las alegorías; imaginan distintas opciones y el pensamiento se torna crecientemente flexible, dando paso al razonamiento hipotético-deductivo (Papalia, 2002).

No obstante, tal vez entre un tercio y la mitad de los jóvenes y adultos parecen ser poco aptos para emplear eficazmente el pensamiento abstracto (Papalia, 2002), y hay crecientes pruebas de que el desarrollo cerebral en el lóbulo frontal, que es el que ejerce la principal labor de regulación sobre la conducta organizada, no se completa hasta entrada la década de los 20 años, hecho que quizá explique, al menos parcialmente, la interferencia de las emociones sobre el raciocinio adolescente.

Asimismo, es característico su peculiar nivel de autoconciencia (Elkin, 1998) y el fenómeno de *la audiencia imaginaria*, por el que tienen la sensación que quienes los rodean comparten y captan las mismas vivencias, en especial las bochornosas y negativas, que ellos pudieran estar experimentando. En la misma línea, también aparece la denominada *fábula personal*, referida a la sensación de singularidad (exclusiva y excluyente: “nadie sabe cómo me siento”) sobre algunas de sus experiencias emocionales y cognitivas, y a la certeza, muchas veces temeraria, sobre su invulnerabilidad en situaciones de riesgo (“a mí no me va a pasar”).

2.2.5 CONDUCTA SUICIDA

2.2.5.1 Conceptos Básicos

Por el drama que conlleva en sí mismo, al ir en contra de la propia vida que es el bien máspreciado, el suicidio ha despertado desde los albores de la humanidad un creciente interés de los supuestamente llamados a entenderlo y aliviarlo, como los filósofos, médicos y religiosos, en la antigüedad; y como los sociólogos o los psicólogos en tiempos más recientes. Al presente, se le considera un problema importante de Salud Pública y se dedican notables esfuerzos a la tarea de buscar prevenir su ocurrencia (OMS, 2001).

Entendemos por suicidio la “*conducta intencional que lleva al individuo a actos dirigidos a quitarse la vida, o a la omisión de actividades necesarias para preservarla*” (Merani, 1979). Los intentos de suicidio son las acciones suicidas con intención de muerte que no alcanzan su propósito (Merck, 1997).

Algunas definiciones de términos asociados al suicidio son las siguientes:

Comportamiento suicida: es la preocupación o acción dirigida a producir voluntariamente la propia muerte.

Pensamiento suicida: son las ideas o imágenes de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida.

El suicidio consumado: haber causado intencionalmente la propia muerte.

Un enfoque complementario (Cruz & Roa, 2005), basado en el encaminamiento hacia este último, nos indica que existe un continuo que comprendería:

1. *Ideación suicida;* que a su vez presenta un gradiente de seriedad, partiendo de pensamientos inespecíficos sobre la muerte o la futilidad de la vida (*ideación suicida pasiva*), pasando por ideas más estructuradas sobre provocarse la propia muerte (*ideación suicida activa*), hasta la elaboración final de planes

- concretos sobre método, recursos y momento para llevarlas a efecto (*plan suicida*).
2. *Amenaza o gesto suicida*; referida a expresiones verbales o actitudes que, de verificarse plenamente en conducta real, pueden acarrear un serio daño o la muerte.
 3. *Intento de suicidio o parasuicidio*; comportamientos realizados por una persona susceptibles de producirle la muerte, y abarcan desde los *intentos leves*, que no implican riesgos mayores, hasta los *intentos serios*, en los que de no darse una intervención de terceros bien pueden llevar a la muerte. Hay autores que utilizan el término *parasuicidio* en relación con las conductas que voluntariamente se realizan para producirse daño físico sin la intención de matarse (OPS, 2007).
 4. *Suicidio consumado*; ocasionarse voluntariamente la propia muerte.

Al presente, existe un relativo consenso acerca de considerar que la conducta suicida no es una entidad mórbida específica sino un signo, síntoma o indicador que puede darse en múltiples condiciones asociadas a trastornos (estados depresivos, abuso de drogas, trastornos de personalidad, por ejemplo), o a situaciones y estresores identificables que pueden desencadenar respuestas impulsivas y agresivas, como en familias disfuncionales, estados de rechazo y aislamiento social, presiones indebidas y exageradas incluyendo violencias de todo tipo, y modelos de dicha conducta en los medios de comunicación.

Tipos de Conducta Suicida

Se han propuesto diferentes clasificaciones y consideraremos la de Freemann y Reinecke (1995) que señala cuatro tipos generales, sin que sean mutuamente excluyentes:

1. *Suicidas desesperados*; son los que han perdido toda esperanza de mejoría y no encuentran razones válidas para seguir con vida. Por ejemplo, una persona envuelta en un cuadro depresivo y cuyas opciones y alternativas de conducta previas a la autoeliminación se han reducido hasta un punto crítico.

2. *Suicidas histriónicos o impulsivos*; se trata usualmente de personas que experimentan una fuerte necesidad de estimulación y de excitación cotidiana en sus vidas, que no necesariamente atraviesan una depresión, y que tienden a ser muy dramáticos e impulsivos en sus reacciones. En su historial puede darse más de un intento, que podrían aparecer como extravagantes o manipulativos, pero cuya potencial letalidad no debe descartarse.
3. *Suicidas psicóticos*; particularmente en las primeras etapas de los cuadros esquizofrénicos y como producto de alucinaciones auditivas impositivas.
4. *Suicidas racionales*; en referencia a las personas que eligen la muerte a partir de un argumento racional, por ejemplo, aquellos que siendo víctimas de una enfermedad terminal dolorosa e incapacitante, optan muy conscientemente por terminar con su propia existencia. Plantean un dilema ético y moral que no tiene una fácil respuesta.

Creencias populares y realidades acerca del suicidio

En la visión de la persona promedio suelen asumirse como ciertas una serie de ideas que contribuyen a distorsionar la verdad de los hechos puntuales acerca del suicidio, y pueden hasta interferir con los esfuerzos por su control y prevención. Entre los más saltantes podemos citar los siguientes:

1. “*Las personas que hablan de suicidarse no lo llegan a efectuar*”; sin embargo, la mayoría de los suicidas advirtieron sus intenciones.
2. “*Los suicidas tienen toda la intención de morir*”; pero la gran mayoría de ellos en realidad presentan sentimientos ambivalentes, también experimentan dudas y quisieran aferrarse a los escasos recuerdos gratos que conservan; pueden abrigar una tenue esperanza de solución.

3. *“El suicidio sucede sin advertencias”*; no obstante, como hemos indicado lo usual es que se den señales notorias que hay que saber valorar.
4. *“La mejoría luego de una crisis indica que el riesgo de suicidio ya pasó”*; por el contrario, se sabe que muchos suicidios se cumplen en la etapa de mejoría, cuando la persona cuenta con la energía y voluntad necesarias para transformar sus pensamientos desesperados en conductas autodestructivas.
5. *“Cuando una persona es suicida, siempre tenderá a intentarlo”*; la ideación suicida puede regresar, mas no tiene que ser permanente e inevitable y en muchos casos puede no retornar jamás.

Estado de ánimo de los suicidas

Hay ciertas características emocionales y afectivas que pueden resultar útiles en la comprensión y el manejo de la conducta suicida.

1. *Ambivalencia*; para la mayoría de suicidas no se da una firme decisión de morir, sino una combinación de sentimientos sobre el tema, donde los deseos de vivir y de morir coexisten y se enfrentan en una lucha desgastante y dramática. En una investigación reciente en nuestro medio (Torres, 2007), el 49% de los asistidos por intento de suicidio reconocieron abiertamente esta actitud. La insatisfacción con el tipo de vida que llevan se iguala con el deseo de morir, pero en realidad generalmente bastaría con tener otra clase de existencia para que optasen por seguir adelante. En esa línea, la literatura especializada en los intentos de suicidio reconoce otras finalidades en dichas conductas extremas además de terminar con la propia vida: llamar la atención, buscar ayuda, culminar con el sufrimiento o vengarse (“hacer justicia”) de alguna figura de autoridad o significativa (Jiménez & González-Forteza, 2003).

2. *Impulsividad*; la conducta suicida suele ser un acto impulsivo en mayor medida de lo que se supone (González-Forteza et al., 2003; Casullo, 2004). Al igual que otros impulsos, el de quitarse la vida es transitorio y sólo se extenderá durante algunos

minutos u horas. Generalmente es producto de los sucesos negativos o frustrantes cotidianos; si se logra mantener la calma en esas situaciones críticas y se busca ganar algo de tiempo, es factible disminuir el deseo de matarse. En la investigación ya citada (Torres, 2007), para el 65% de los atendidos la decisión de quitarse la vida se tomó en forma impulsiva o dentro de un lapso de tiempo menor a las tres horas antes del intento. Bella et al. (2010) consideran que la bibliografía especializada concuerda en que en los adolescentes menores de 15 años, la decisión es más impulsiva y relacionada con la idiosincrasia de la familia; en los mayores, la presencia de psicopatología adquiere paulatinamente un rol más significativo (Quintanilla et al., 2006).

3. *Rigidez*; se ha detectado que en quienes cometen actos suicidas, la rigidez suele caracterizar a sus pensamientos, sentimientos y conductas (Quintanilla et al., 2004; Casullo, 2004; Oros, 2005; Quintanilla et al., 2006). No ven alternativas al problema, ni en su definición ni en la probable salida; su visión es limitada y su pensamiento focalizado. Pueden obsesionarse con el deseo de morir, pero les cuesta mucho analizarlo. La menor flexibilidad y una mayor polarización en el estilo cognitivo ha sido relacionado con un alto grado de letalidad en el intento (Quintanilla et al., 2006).

2.2.5.2 Datos Epidemiológicos Internacionales

Las estadísticas disponibles generalmente son parciales y con un nivel variable de subestimación del problema:

- *“No menos de 1 millón de personas se suicida cada año a escala mundial.*
- *Cada 40 segundos una persona comete suicidio en alguna parte del mundo.*
- *Cada 3 segundos una persona intenta morir.*
- *Es la tercera causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 35 años.*
- *Cada suicidio tiene un serio impacto sobre al menos otras seis personas.*
- *El impacto psicológico, social y financiero del suicidio sobre la familia y la comunidad no es mensurable.*
- *Se estima que hay de 8 a 25 intentos de suicidio por cada suicidio concretado,*

siendo la proporción aun mayor entre los jóvenes.

- *En las últimas décadas, la tasa de suicidio en los jóvenes se incrementó de manera significativa.*
- *La proporción hombre/mujer para el suicidio es de 3 ó 4 a 1.*
- *Sin embargo, las mujeres lo intentan en mayor número (2 ó 3 mujeres por cada varón).*
- *Sólo alrededor del 25% de quienes lo intentan, necesitan o buscan atención médica.*
- *Más de la mitad de los jóvenes de los últimos años de la secundaria informan que tuvieron pensamientos suicidas.*
- *Se calcula que el sub-registro de casos va del 20 al 50% del total” (OMS, 2001).*
- Se estima una tasa mundial de mortalidad anual de 14.5 por 100,000 habitantes, pasando a ser la decimotercera causa de muerte en el mundo; asimismo “*se calcula que la proporción entre actos suicidas no mortales (ideación e intento suicida) y mortales puede llegar a ser de 100-200 : 1 ”* (OPS 2003, citado por Cruz & Roa, 2005). En otro escrito posterior, se especifica que estas alarmantes cifras describen la conducta suicida en la población menor de 25 años (entre 1:70 hasta 1: 200; véase OPS, 2007; Torres, 2007). Por contraste, en los mayores de 65 años la razón entre el suicidio y el intento es de 1: 2-3 (Torres, 2007).
- En muchos países, incluidos latinoamericanos, el suicidio es la segunda o tercera causa de muerte en los jóvenes, sólo precedida usualmente por los accidentes y homicidios; específicamente, se considera que en los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años la tasa mundial (año 2003) es de 14.2 por 100,000 en varones y 12 por 100,000 en mujeres (Muñoz et al., 2006). En China y Japón se considera la primera causa de muerte en adolescentes (Torres, 2007).
- En los Estados Unidos se estima que el 20% de los adolescentes ha considerado con seriedad la posibilidad de suicidarse, y que una cifra tan alta como entre el 5 y el 8% lo intenta (Cruz & Roa, 2005).
- En México (Fonseca, 2004, citado por Torres, 2007) la mitad de los intentos de suicidio ocurren en personas de menos de 24 años, y el 20% son adolescentes entre los 15 y 19 años.

- Entre un 6 y un 16% de los adolescentes con intento de suicidio realizan un nuevo intento dentro del plazo de un año. Y en general, hasta un 37% de los jóvenes de 15 a 24 años lo vuelve a intentar en algún momento. Asimismo, se calcula que el 85% de los adolescentes que consumaron el suicidio expresaron sus intenciones previamente (Cruz & Roa, 2005).

2.2.5.3 Datos Epidemiológicos Nacionales

Los registros nacionales están sujetos no sólo a las limitaciones propias de esta clase de datos, sino a las conocidas deficiencias de los reportes en nuestro sistema de Salud. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, proporciona las siguientes cifras de suicidios consumados en años recientes:

○ 1997	294
○ 2002	334
○ 2003	380
○ 2004	432
○ 2005	337
○ 2006	367
○ 2008	353
○ 2010	300

Asimismo, para el año 2010 en relación con los *suicidios consumados* se han registrado los siguientes datos demográficos descriptivos (Vásquez, 2011):

Género

Varones	70%
Mujeres	30%

Edades

Entre 9 y 17 años	10%
18 y 33 años	44%
34 y 50 años	30%
51 y 86 años	16%

Métodos

Ahorcamiento	31.3%
Envenenamiento	31%
Disparo	15.8%
Lanzamiento de altura	8.7%
Sobredosis de medicamentos	6.7%
Otros (quemarse, acuchillarse, ahogarse)	6.4%

Y en relación con los *intentos de suicidio* atendidos con hospitalización en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” durante el año 2010 (n= 370), tenemos los siguientes datos (Vásquez, 2011):

Estado Civil

Soltero	51%
Conviviente o casado	42%
Separado, viudo o divorciado	7%

Grado de Instrucción

Secundaria	65%
Superior	24%
Primaria	10%
Iletrado	1%

Ocupación

Estudiante	40%
Ama de casa	22%
Desocupado	20%
Otros	18%

En el estudio epidemiológico urbano (Lima y Callao) desarrollado por dicha institución (Instituto Especializado de Salud Mental, 2002) se midieron indicadores suicidas que traslucen la magnitud del problema en nuestro medio, donde se aprecia una tendencia generacional de incremento notorio del riesgo suicida:

Prevalencia de vida de deseos de morir

Adulto Mayor	27.8%	♂: 18.8	♀: 35.6
Adulto	30.3%	♂: 19.6	♀: 40.4
Adolescente (15 a 17 años)	32.7%		

Prevalencia durante el último año de deseos de morir

Adulto Mayor	12.2%	♂: 7.1	♀: 16.7
Adulto	8.5%	♂: 4.9	♀: 11.9
Adolescente (15 a 17 años)	18.6%		

Prevalencia de vida de intentos suicidas

Adulto Mayor	2.5%	♂: 1.2	♀: 3.6
Adulto	5.2%	♂: 3.3	♀: 7.0
Adolescente (15 a 17 años)	4.7%		

Hay que añadir que el 28% de los adolescentes que intentaron quitarse la vida, aún consideraban a dicha conducta como una posible solución a su problemática. Los motivos del intento y de los deseos suicidas colocan en primer lugar a los problemas con los padres (47%) y otros parientes (25.6%), y los problemas con los estudios (19.6%); algo más abajo aparecen los problemas económicos (13%), de pareja (9.6%) y las experiencias traumáticas (8.8%).

Las cifras para los estudios epidemiológicos más recientes (en Sierra, Selva y Fronteras, realizados en los años 2003, 2004 y 2005, respectivamente) marchan dentro de rangos similares; y debe destacarse que los datos referidos a las mujeres, y en especial a las mujeres maltratadas, siempre son más elevados (Instituto Especializado de Salud Mental, 2004; Instituto Especializado de Salud Mental, 2005; Instituto Nacional de Salud Mental, 2006), alcanzando en este último grupo una prevalencia de vida de pensamiento y de conducta suicida de 63.6%, y de 15.4%, respectivamente.

Huancayo, Arequipa y Trujillo son las ciudades del interior en las que se dan la mayor cantidad de casos de suicidio (Campos, 2009).

Según el Consejo Nacional de la Juventud (2006), en el año 2003 el 16.4% de las muertes violentas fueron producto de lesiones autoinfligidas intencionalmente (citado por Torres, 2007).

2.2.5.4 Factores Asociados con el Suicidio

Factores de riesgo

Una sólida conclusión que ofrecen los múltiples estudios sobre el suicidio es que se trata de un tema muy complejo, donde no existe una causa única identificable para todos los casos y ni siquiera para la mayoría de estos, habiéndose también descartado la existencia de una supuesta “personalidad suicida”. Su aparición es producto de la interacción aún no esclarecida de factores disímiles de orden biológico, genético, psicológico, social, cultural y ecológico (Jiménez & González-Forteza, 2003; Casullo, 2004).

No obstante, sí se han podido identificar algunos factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida que pasamos a resumir:

1. Uno o más trastornos psicológicos diagnosticables o de abuso de sustancias.
 - Depresión.
 - Trastornos de personalidad (psicopática y límite).
 - Alcoholismo (interviene en alrededor de un tercio de todos los suicidios) y otras dependencias a drogas.
 - Esquizofrenia (aproximadamente el 10% de esquizofrénicos lo intentan en algún momento).
 - En las jóvenes anoréxicas (1 a 2% de la población) con depresión, el riesgo de suicidio es 20 veces mayor.
2. Comportamientos reactivos e impulsivos.
3. Presencia de estresores significativos o pérdidas recientes (fallecimiento de un

- ser amado, divorcio, desempleo, y otros hechos semejantes).
4. Historia familiar con antecedentes de trastornos psicológicos, abuso de sustancias o conducta suicida.
 5. Violencia familiar, incluyendo abuso físico, psicológico o sexual.
 6. Intento de suicidio previo.
 7. Fácil acceso a medios potencialmente destructivos en el hogar: armas de fuego, sustancias venenosas, y otros.
 8. Exposición a comportamientos suicidas de otras personas (familia, amigos, internet y otros medios de comunicación, historias de ficción).
 9. Sufrir de una enfermedad u afección crónica o dolorosa:
 - Epilepsia
 - Lesiones en la médula espinal, el cerebro o accidentes cerebro-vasculares.
 - Cáncer
 - VIH/SIDA
 - Diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas crónicas, trastornos óseos y articulares, enfermedades cardiovasculares y neurovasculares.
 10. Las personas que no tienen pareja (divorciadas, viudas y solteras) presentan un riesgo más alto que las casadas; igual sucede con los que viven solos o están separados.
 11. La actividad laboral: médicos, veterinarios, farmacéuticos y químicos tienen tasas que exceden la media.

Señales de aviso de sentimientos, pensamientos, o comportamientos suicidas

Bien pueden ser los únicos indicadores previos a la eclosión de la conducta suicida.

Entre los más notorios podemos indicar los siguientes:

1. Modificación de los hábitos de alimentación y del sueño.
2. Abandono del interés por las actividades cotidianas, incluyendo la escuela o el trabajo.
3. Alejamiento de los amigos y familiares.

4. Expresión de emociones contenidas, retraimiento o escape.
5. Consumo de alcohol y de otras drogas.
6. Poco cuidado en el aspecto personal.
7. Exponerse a situaciones y conductas de riesgo sin necesidad.
8. Preocupación sobre la muerte.
9. Incremento de molestias físicas usualmente asociadas a problemas emocionales: dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
10. Vivencias de hastío y de aburrimiento; dificultad para concentrarse.
11. Falta de interés y apatía; anhedonia.
12. Expresión de deseos de morir, aviso de planes o aparición de indicios firmes de suicidio:
 - *“Quiero acabar con todo...”; “Quiero matarme”; “Pronto todo va a estar bien...”*
 - *“No seré un problema por mucho tiempo más”; “Si me pasa algo, quiero que sepan que...”*
 - Obsequia sus objetos favoritos; se deshace de sus pertenencias importantes.
 - Se torna muy tranquilo y hasta alegre repentinamente, luego de un período de tristeza y abatimiento.
 - Redacta una o varias notas de despedida (ocurre en aproximadamente el 20% de casos).

Factores de Protección

También se ha llegado a delimitar relativamente las condiciones o características personales que favorecen la salud y fortaleza psicológica del individuo, alejándolo de la posibilidad de incurrir en comportamientos suicidas. En síntesis cubren tres aspectos:

1. *Patrones Familiares*; en conexión con mantener una buena relación dentro del hogar, favorecer una comunicación horizontal y gozar del apoyo de la familia.

2. *Estilo cognitivo y personalidad*; en relación con desarrollar adecuadas habilidades sociales, tener confianza en sí mismo, en sus posibilidades y logros futuros. Asimismo, ser tolerante con la frustración y saber buscar ayuda cuando aparecen los problemas, por ejemplo, en el colegio; igualmente, presentar buena disposición para buscar orientación y consejo en situaciones de incertidumbre, siendo receptivo hacia las vivencias y alternativas ajenas. También, presentar actitudes favorables hacia el cambio y los nuevos conocimientos.

3. *Aspectos culturales y sociodemográficos*; están referidos a mantener una adecuada integración social, ya sea con la práctica de deportes, participación en clubes, sociedades religiosas, políticas, comunitarias y otras semejantes. También, para los jóvenes, el desarrollar buenas relaciones con los compañeros, profesores y otros adultos; así como el contar o saber obtener el apoyo de personas significativas.

2.2.5.5 Perspectivas sobre las causas del Suicidio

El comportamiento suicida aparece en un medio social y cultural específico, y está influido por diversos factores ambientales, pero también por otros de orden genético y bioquímico. Conocer la importancia de estos en la generalidad de los casos o en uno en concreto es un tema aún no determinado, que está sujeto a investigaciones de lo más variadas y en el que es probable que no se alcance un total esclarecimiento.

Como mencionamos líneas arriba, se ha llegado a un relativo acuerdo (Freemann & Reinecke, 1995; Ruiz et al., 2001) acerca de la inexistencia de una supuesta “personalidad suicida” o de un tipo de persona suicida, lo que no hace sino resaltar la variedad de condiciones y elementos que pueden estar jugando un papel más o menos significativo en cada caso, y entendemos que todo acto suicida parte de una percepción particular como vivencia cognitiva del individuo en cuestión, siendo por lo tanto de gran importancia acceder al estudio y comprensión de tales percepciones, lo que

enlaza significativamente, para los que defendemos esta perspectiva, a las terapias cognitivas con el campo del suicidio sobre el que estamos intentando arrojar más luces.

Desde dicha vertiente se acepta que la inclinación al suicidio surge enlazada con los sentimientos de desesperanza, a los que se suma la convicción de que los problemas que se atraviesan son insoportables; también puede añadirse el deseo de controlar rápidamente una situación frustrante o temible. No existen otros mecanismos de afrontamiento ni se dispone de apoyos alternativos. En consecuencia, el suicidio busca solucionar un dolor psicológico (en ocasiones físico) que se vive como intolerable. Su visión se estrecha lo suficiente como para no ver otras posibilidades o cuestionar la validez de sus pensamientos acerca de lo insufribles o serios que son sus problemas.

Revisaremos brevemente las diversas y principales perspectivas teóricas sobre cuáles serían las fuentes de tales deseos y comportamientos suicidas.

Genética y Bioquímica

Diversos estudios señalan la probable existencia de un componente genético que implicaría una tendencia no directamente hacia el suicidio, sino hacia la depresión y/o la conducta compulsiva (Egeland & Sussex, 1985). Tratando de controlar otros factores ambientales, se apoyarían en el hallazgo de una mayor cantidad de casos de suicidio en ciertos grupos familiares, o entre los parientes biológicos de personas adoptadas que terminaron suicidándose (Key, 1986). Igualmente, se asume que la bioquímica cerebral evidenciará esta supuesta predisposición genética, habiéndose efectuado numerosos intentos por identificar, por ejemplo, a la serotonina (su deficiencia) como el neurotransmisor clave para comprender el suicidio y también la conducta agresiva e impulsiva. Aunque estas afirmaciones resultan sugerentes, todavía distan de haber esclarecido a satisfacción de la comunidad científica nuestro tema.

Sociológica

Desde los aportes de Durkheim (1897) se han explorado las conexiones entre la conducta suicida y determinadas características del grupo social al que se pertenece.

Una situación excepcional vista desde tiempos remotos, por ejemplo, la constituye el denominado suicidio altruista, que está dado por el sacrificio del individuo para beneficiar a su grupo. En los suicidios comunes, puede considerarse que la persona deja de lado sus responsabilidades sociales y se focaliza, de manera abiertamente desadaptativa, en sus problemas particulares; en esa medida pudiera entenderse como una situación extrema de alienación de la comunidad y de sus soportes sociales, condiciones que pueden estar jugando un papel significativo en casos que involucran adolescentes, por ejemplo. Asimismo, otras circunstancias sociales que determinan cambios bruscos en la condición de un individuo (como empleo, estado civil o desaparición del cónyuge) pueden propiciar una pérdida de identidad y del rol consiguiente, disparando una conducta desviada destructiva sobre sí mismo y/o sobre su entorno (anomia).

Psicoanalítica

Como sabemos, las ideas de Freud y de sus seguidores han influido durante muchos años en la visión psicológica que sobre la depresión y el suicidio se vino construyendo hasta mediados del siglo pasado. Partiendo del peso que le otorgan a los impulsos tanáticos y al instinto de muerte, y más allá del carácter especulativo y prácticamente inverificable que conllevan estos conceptos, han construido diversas interpretaciones alrededor de su idea central: la persona melancólica (depresiva), a diferencia de la que sufre un duelo por una pérdida consciente del objeto amado, experimenta una pérdida inconsciente que empobrece su ego; y deriva en agresividad y cólera que en lugar de dirigirse contra el (infel) objeto amado, se vuelcan contra sí mismo por la vía del desprecio, el odio y la posible autodestrucción en casos extremos. En esa línea, el suicidio puede significar la reunión con el objeto perdido (Fenichel, 1945), un desquite bizarro o el escape patológico de una ansiedad intolerable asesinándose a sí mismo y al objeto internalizado (Menninger, 1933; Casullo, 2004).

Religiosa

Las connotaciones morales y espirituales que despierta el suicidio son particulares para los distintos grupos religiosos, habiéndose observado inclusive diferentes matices o

cambios significativos en su interpretación a lo largo de los años. Aunque la Biblia, por ejemplo, no prohíbe directamente el suicidio ni en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento (en los que aparecen los suicidios de Sansón, Saúl y Judas, entre otros), sí encontramos que la tradición judeocristiana considera dentro de los alcances del quinto mandamiento (“no matar”) la prohibición de quitarse la propia vida. La oficialización de tal interpretación no surgiría hasta el Concilio de Arlés (año 452 de nuestra era) y pasaría a ser muy severamente condenado en el Segundo Concilio de Orleáns en el 533 (Williams, 1957).

Por otra parte, se ha observado que en los países predominantemente ateos (como China), se tienen tasas de suicidio superiores a las de los países budistas (como Japón), y que estos superan a las de los protestantes (como Inglaterra o Estados Unidos), que a su vez se encuentran por encima de las de los católicos (como Italia o el Perú); las tasas inferiores se dan en los países predominantemente musulmanes (como Kuwait). No obstante, para este último grupo se da una importante excepción referida a la llamada “guerra santa” (Jihad), que ampara el sacrificio de la propia vida en el combate por su fe, pasando a ser una muerte digna que será recompensada por Alá, y que tanto dolor y sufrimiento nos viene costando en las últimas décadas.

Cognitivo conductual

Sus aportes están en conexión con la teoría de la desesperanza aprendida (Abramson et al., 1978) y el modelo que ha generado sobre la depresión: la desesperación del individuo surge de su convicción de no poder controlar los sucesos negativos y positivos de su vida. El tema cognitivo y las atribuciones que efectúa ante dichos hechos es fundamental; en general, se postula que tales atribuciones comprenden tres dimensiones ortogonales (independientes):

1. Interna *versus* externa.
2. Estable o crónica *versus* coyuntural o limitada en el tiempo.
3. Global *versus* específica.

Aquellos que realizan atribuciones *internas, estables y globales* cuando enfrentan hechos negativos, tendrán mayores probabilidades de generar una depresión y un potencial riesgo suicida, ya que establecen para sí mismos que no serán capaces de producir un cambio favorable en su vida en el futuro. Su estilo atribucional ante los fracasos y sucesos frustrantes les indica que “...*soy yo el que está mal o lo hago mal* (atribución interna, no recurre a una causa externa), *no va a cambiar porque yo soy así* (atribución crónica, en lugar de una coyuntural) y *mi carácter estropea todo lo importante* (atribución que generaliza, dejando de lado la distinción)”. Fácilmente se merma la autoestima y el ánimo decae; se incrementan los sentimientos de culpa, y la sensación de indefensión y de vulnerabilidad (“*no tengo lo que se necesita, así es mi personalidad y no hay nada que pueda hacer; me lo merezco...*”), ya que uno se encuentra a merced de fuerzas incontrolables que marcan su destino (Oros, 2005).

La relación entre esta visión de la problemática que nos ocupa y la indicada por Beck acerca de la triada cognitiva de la depresión es bastante evidente (Beck et al., 1979). *La visión negativa de sí mismo, de la realidad y la ausencia de perspectivas de un cambio favorable en el futuro*, comprenden al menos las dos primeras dimensiones, de las tres indicadas líneas arriba, sobre el estilo atribucional conectado con la depresión y el suicidio, que también ha sido llamado “*autoinculpación caracterológica*” (Freemann & Reinecke, 1995). La contraparte adaptativa estaría representada por la “*autoinculpación conductual*” que privilegia las atribuciones *externas, no estables y específicas* cuando se busca una explicación de las situaciones frustrantes y negativas, dando la posibilidad de intervenir favorablemente sobre tales circunstancias y recuperando la sensación de control y de esperanza, disminuyendo los deletéreos sentimientos de vulnerabilidad y de indefensión.

En el mismo sentido, Beck destacaba la influencia de las *distorsiones cognitivas* en la depresión y en otros trastornos emocionales. Suponen una lectura distorsionada de la realidad que, dentro de un cierto margen y en circunstancias especiales, pueden ser adaptativas, pero con facilidad escalan en las personas predispuestas hacia una alteración que acarrea un costo emocional significativo. En forma resumida las

enumeraremos a continuación (Beck et al., 1979; Freemann & Reinecke, 1995; Oblitas et al., 2010), siendo pertinente señalar que no se dan en forma pura ya que tienen muchos vasos comunicantes entre sí:

1. Pensamiento de todo o nada
2. Catastrofizar
3. Sobregeneralización
4. Abstracción Selectiva
5. Inferencia arbitraria (por ej. “lectura de la mente”, “predicción negativa”)
6. Magnificación y minimización
7. Razonamiento emocional
8. Afirmaciones de *debería, debo, tengo que...*
9. Calificación y descalificación
10. Personalización
11. Falacias sobre el control
12. Pensamiento comparativo y competitivo
13. Descalificar lo positivo (“*Sí, pero...*”)
14. La falacia de la justicia

Se asume que estas distorsiones cognitivas interactúan con los *esquemas*, que son estructuras cognitivas que actúan como “*reglas y presunciones no manifiestas con las que vivimos*” (Freemann & Reinecke, 1995), y suponen un conocimiento tácito (inconsciente, en ese sentido) y que rara vez es objeto de evaluación. Su función es conducir la percepción, el recuerdo y el procesamiento de los múltiples datos y estímulos que enfrentamos cada día; equivalen a mapas o guías mentales que le dan sentido a nuestra experiencia. Bien pueden establecerse en la niñez y se perfilan y consolidan en todo el ciclo evolutivo; se protegen de la confrontación gracias a las distorsiones cognitivas a las que a su vez alimentan.

Ahora bien, en los individuos depresivos y con riesgo suicida, los esquemas desadaptativos giran alrededor de temas específicos de indefensión y sufrimiento ante

la pérdida y el abandono, su incompetencia, y la falta de merecimientos o incapacidad para amar o ser amado. Estas presunciones son de fuerza variable, y pueden permanecer latentes hasta que una experiencia concreta las activa y expresa a través de las distorsiones cognitivas y los pensamientos depresivos automáticos: “*yo no merezco ser querido*”, “*nunca voy a ser feliz*”, “*no se puede confiar en nadie*”, “*mi vida es una lucha permanente*”; y otros semejantes.

Asimismo, el enfoque de la Terapia Racional Emotiva (Ellis & Dryden, 1987; Ellis & Chip, 1997; Reyes, 2008) donde se destacan como núcleos cognitivos desadaptativos al *deberismo* o la exigencia autoritaria (“*tienen que tratarme bien*”; “*las cosas no deben ser así*”), el *terribilismo* (“*es terrible lo que sucede*”), la *falta de tolerancia con la frustración* (“*no lo soporto, no lo aguanto*”), y la *condena* de sí mismo o de los otros (“*soy un miserable y bueno para nada*”), también contribuye a dibujar el panorama de la visión peculiar que bien puede estar en la base de una conducta suicida, sea que esté más ligada a un cuadro o afecto depresivo, o en relación con un arranque de impulsividad y descontrol. En esa misma línea, las implicancias de las *exigencias perfeccionistas* también han sido destacadas por diversos autores (Casullo, 2004; Oros, 2005), ya que cuando son extremas y van acompañadas, en el proceso de actuación o ante la frustración casi inevitable, de reacciones de hostilidad, intensa tristeza, vergüenza y culpa, contribuyen seriamente a mermar la salud psicológica, pudiendo abrir las puertas a la conducta autodestructiva; es decir, se transforman en un verdadero factor de vulnerabilidad y de riesgo.

Se entiende que los factores cognitivos indicados no estarían necesariamente presentes en todas las posibles circunstancias que desembocan en un suicidio (o en su intento), mas estimamos que es fundamental su conocimiento y elucidación para una mejor comprensión de tales conductas, y para el apropiado manejo terapéutico en los casos identificados de riesgo o de abierto intento.

Una conclusión preliminar de los distintos aportes teóricos reseñados marcharía dentro de la línea sintetizada por Cruz & Roa (2005), cuando señalan que la apropiada

comprensión del intento de suicidio lo enmarca “...como un signo de desequilibrio psíquico, más que una entidad mórbida en sí misma. La conducta suicida abarca un continuo y, a la vez, un proceso que culmina en el suicidio consumado... una dinámica en la que participan factores individuales (como la vulnerabilidad del sujeto) y ambientales, que se constituyen en factores de riesgo y/o protectores en los sujetos y en sus interacciones.”

2.2.5.6 El Suicidio en los Adolescentes

Tratando de dilucidar evolutivamente qué factores pueden contribuir al establecimiento de la vulnerabilidad indicada en el anterior apartado, se ha encontrado en estudios retrospectivos con niños, adolescentes y adultos suicidas (Freemann & Reinecke, 1995; OPS, 2007), la presencia de ambientes familiares caóticos y destructivos, pérdida o separación de las figuras significativas y una acumulación considerable de estrés conforme crecían, particularmente en el año previo a la eclosión de la conducta suicida. Se interpretaba que ésta era un esfuerzo final para manejar la sensación de indefensión que les embargaba al confrontar su frustrante e intolerable medio familiar; para solicitar ayuda y la atención de sus progenitores (Cohen-Sandler et al., 1982); o para obtener control de manera trágica y dramática sobre una situación vivenciada como intolerable que escapa de su manejo racional (Cruz & Roa, 2005). Tal percepción también es reforzada por los hallazgos de Galagarza (2005) en nuestro medio acerca del locus de control externo en adolescentes suicidas, hecho que también ha sido reportado en revisiones de estudios internacionales (Quintanilla et al., 2006) junto con rigidez cognitiva y deficientes estilos en la solución de problemas.

En otras investigaciones con adolescentes (Berman & Jobes, 1991; Hendin, 1991; González-Forteza et al., 2003) se han alcanzado resultados similares, destacándose como elementos de riesgo la destrucción de la estructura familiar por muerte o ausencia de un progenitor, dependencia al alcohol y otras drogas, una enfermedad invalidante o cuadros de violencia en el hogar. Se asume que la ausencia de una relación emocional sólida, la exposición y acumulación de experiencias de pérdida y

sensación de abandono e impotencia en la infancia, labran el terreno sobre el que fructificarán futuros cuadros de depresión y de conducta suicida. No obstante, se desconocen los mecanismos específicos por los que tales vivencias contribuyen a la aparición de los señalados trastornos; y también debe indicarse que casi no existen estudios con adecuados controles comparativos acerca de la dinámica familiar en esta problemática.

Difícilmente podrá admitirse que existe una relación lineal entre las experiencias acumuladas de pérdida y el incremento del riesgo suicida, ya que hay multitud de ejemplos de resiliencia de niños y adolescentes en condiciones en verdad extremas de desorganización y abandono familiar; es razonable postular la incidencia de otros factores intermedios que en interacción con las experiencias indicadas mediatizan el resultado final, y que aún están en vías de ser esclarecidos. Sin embargo, esta consideración no impide que resaltemos la trascendencia sobre la salud psicológica de las personas que supone un ambiente familiar estable, que ofrezca apoyo a sus miembros, y que favorezca la armonía y tolerancia en sus relaciones (González-Forteza et al., 1998).

Sobre los desencadenantes más comunes de las crisis suicidas, se ha comprobado que los conflictos entre padres e hijos guardan una mayor relación con los adolescentes menores, en tanto que los problemas de pareja prevalecen en los adolescentes tardíos (Torres, 2007). Los estresores académicos y el fracaso escolar también suelen ser mencionados (Cruz & Roa, 2005). Es interesante considerar que a la tradicional asociación de la depresión con los intentos suicidas, hay que añadirle el papel que la irritabilidad, impulsividad y escasa tolerancia con la frustración pueden estar jugando, en particular en los adolescentes (Ruiz et al., 2001), que son rasgos de conducta o disposiciones de respuesta fuertemente implicados en los factores desencadenantes mencionados.

En una línea complementaria de trabajo sobre aspectos cognitivos se encontró que la búsqueda de un elevado nivel de logro y afán perfeccionista, junto con la sensibilidad

a la crítica o al rechazo de los demás, explicaba más del 75% de la varianza de la intensidad de las ideaciones suicidas en pacientes hospitalizados (Ranieri et al., 1987); resultado que avalaría la existencia de un esquema que señala que *es necesario tener permanentemente el apoyo de los otros* y, para mantener tal respaldo, *es imperioso alcanzar siempre los más elevados niveles de desempeño personal*, lo que nos remite nuevamente a los postulados de Albert Ellis, ya expresados anteriormente (Casullo, 2004; Oros, 2005).

Asimismo, se ha tratado de aislar a la “*desesperación*” como un elemento cognitivo diferenciado de la depresión (aunque inmerso en ésta) y que sería un mejor predictor del riesgo suicida que la segunda, tanto en menores como en adultos (Bedrosian & Beck, 1979). En la desesperación se consideraría el *pesimismo* y la *indefensión* como factores centrales, que pueden alcanzar un elevado nivel de intensidad en periodos relativamente cortos y, por lo mismo, estarían en la base de las conductas suicidas impulsivas que son características de los adolescentes (Casullo, 2004).

En una línea semejante, un estilo atribucional interno para eventos negativos, subyacente a sentimientos de culpa ante estresores interpersonales, también ha sido asociado con la ideación suicida (Cruz & Roa, 2005).

Un aspecto adicional que merece considerarse es el denominado “suicidio colectivo” de adolescentes, sin que esté referido a que ocurra necesariamente en un mismo acto, sino a una serie de suicidios ocurridos dentro de márgenes estrechos de tiempo, y que parecen estar relacionados por los actores implicados, el lugar, el método u otro factor reconocible. En ese sentido, se ha destacado con razón la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre otros adolescentes de acuerdo con el mayor o menor sensacionalismo con el que informan sobre un caso en concreto; donde la problemática típica de la adolescencia con su inseguridad, el cuestionamiento de normas y valores como parte de su búsqueda de identidad, y su disposición a tomar como referentes a otros pares, abonan el terreno para la imitación de la conducta suicida. Hay un cierto “glamour” o imagen mágica y maravillosa de la muerte, a veces con toques románticos

y dramáticos a los que pueden ser más susceptibles los adolescentes, en especial los que presentan tendencias histriónicas.

En nuestro medio, Vásquez (citado por Campos, 2009) estima que el 10% de los suicidios de menores de edad ha sido influenciado por lo que ven en Internet: imágenes e incitaciones al suicidio, en muchos casos directas y explícitas.

Finalmente, también es menester señalar el desafío que para nuestros adolescentes supone crecer y encontrar su camino en un entorno social y comunitario en el que todavía predomina la pobreza y la injusticia social, donde tenemos una amalgama especial de modernidad en convivencia con rezagos de estructuras económicas y culturales tradicionales y patronales, para no hablar de los episodios de décadas de violencia y de inseguridad prevalecientes, con la consiguiente carga de estrés y de incertidumbre que es compartida por la mayoría de países de América Latina (OPS, 2007).

2.2.5.7 Perspectivas sobre la Prevención del Suicidio

Podemos distinguir tres enfoques o rubros de importancia en relación con el tema de la prevención, que son los que enumeramos a continuación:

1. Enfoque amplio, “para toda la vida”; supone estimular desde el nacimiento el desarrollo de las condiciones familiares, personales y sociales ideales, que faculten en el individuo el darle un sentido a su existencia y la capacidad de disfrutarla.

Como programa de trabajo sólo puede referirse a tópicos generales que no están centrados “en el suicidio”, y que son igualmente válidos para cualquier área de desarrollo personal o social: habilidades sociales, de comunicación, control de reacciones de hostilidad y cólera, fomento de actividades deportivas, culturales, religiosas, etc.

2. *Enfoque parcial, en las etapas previas a su probable eclosión;* apunta a detectar en el momento apropiado las señales ya mencionadas líneas arriba, que están asociadas al riesgo de ocurrencia de un comportamiento suicida. Ha propiciado el desarrollo de programas que encuentran un lugar óptimo de aplicación en los colegios y, con un menor alcance, en los centros de atención primaria en salud (Ruiz, 2001; OPS, 2007).

En los colegios conviene propiciar el trabajo en equipo que comprenda a profesores, psicólogos, trabajadores sociales y, eventualmente, también médicos o enfermeras; quienes deberán coordinar con los padres de familia y las organizaciones comunitarias. El equipo tendrá acceso a información y documentos apropiados sobre el suicidio, incluyendo los señalados factores de riesgo, de protección y señales de peligro; también los teléfonos de emergencia y direcciones de instituciones de salud a donde acudir.

3. *Rol de los medios de Comunicación Social;* con toda justificación se ha indicado que la publicidad que sobre el tema efectúan los medios de comunicación, puede inducir a su realización en las personas vulnerables (OMS, 2001; OPS, 2007). La manera en que los medios informan sobre un suicidio en particular, incluyendo el contenido de la nota, el tono y las connotaciones asociadas, bien puede influir en suicidios futuros.

La preocupación por el tema viene de antiguo (tal vez desde la publicación en 1774 de la novela de Goethe “Las penas del joven Werther”), pero ha adquirido verdadera significación a partir de mediados del siglo XX, con la eclosión de los medios escritos, la radio, la televisión, el cine y, más recientemente, Internet, donde hay una increíble cantidad de espacios y mensajes que propician el suicidio, no siendo una casualidad que la influencia sea más deletérea en los jóvenes.

De la revisión del Marco Teórico presentado podemos relieves los aportes teóricos y múltiples derivados de aplicación que se desprenden de las teorías de Eysenck y de

Ellis; ambos, partiendo desde perspectivas muy diferentes (investigación y esclarecimiento de los factores centrales de la personalidad, y desarrollo de una metodología centrada en los esquemas cognitivos para resolver los problemas emocionales y de conducta, respectivamente) han efectuado contribuciones significativas para la explicación e intervención sobre los siempre complejos comportamientos humanos. Las *Dimensiones de la Personalidad* y las *Ideas Irracionales*, son variables que ya cuentan con un amplio soporte académico basado en hallazgos empíricos; su exploración en el contexto de la conducta suicida en adolescentes ofrece potenciales beneficios en la producción de conocimientos sustantivos y en eventuales derivaciones prácticas para las áreas de prevención y promoción de la salud psicológica.

Asimismo, el estado del arte reseñado sobre la *Adolescencia* y la *Conducta suicida*, es congruente con la búsqueda de variables explicativas que, al presente, o no han sido exploradas o se ha hecho sólo de manera tangencial o preliminar, para un tema que presenta consecuencias individuales y sociales de la mayor trascendencia. Como se ha indicado en párrafos precedentes, el panorama epidemiológico del suicidio ya se encuentra relativamente bien precisado, incluyendo las cifras que revelan su aumento paulatino en los adolescentes; entre los distintos factores investigados que ofrecen mayores posibilidades heurísticas sobresalen los cognitivos, que por su propia naturaleza se prestan mejor que otros, por ejemplo biológicos o sociológicos, para su detección, acceso y oportuna intervención. El esclarecimiento de tales esquemas cognitivos, junto con la verificación de la influencia de los rasgos de personalidad asociados con el ajuste y la adaptación cotidiana, marchan dentro de la dirección más prometedora.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1 Adolescente

Definimos como adolescente a toda persona que atraviesa por un periodo de transición en el que pasa física y psicológicamente de la condición de niño a la de adulto. En líneas generales, esta etapa se inicia con los cambios que llevan a la madurez sexual y se extiende hasta la independización legal de la autoridad de los adultos (Hurlock, 1994).

Aun cuando no hay concordancia entre los autores sobre las edades específicas que conforman la adolescencia y, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 1993), en la presente investigación vamos a tomar como tales a los individuos comprendidos entre los 14 y los 18 años de edad, en razón de ser el periodo en el que se manifiestan plenamente las condiciones que son nuestro objeto de estudio.

2.3.2 Intento de Suicidio

El suicidio es la conducta intencional que lleva al individuo a quitarse la vida, o a la omisión de actividades necesarias para preservarla (Merani, 1979).

Los intentos de suicidio son las acciones suicidas con intención de muerte pero que no logran su propósito (Merck, 1997).

2.3.3 Ideas Irracionales

Las ideas o creencias irracionales son aquellas que presentan una o más de las siguientes características (Ellis & Harper, 1975):

- a) Se basan en opiniones subjetivas antes que en hechos objetivos, derivando en una percepción inadecuada de la realidad.
- b) Ponen en riesgo el bienestar y la seguridad personal.
- c) Impiden el progreso hacia las propias metas.
- d) Llevan a experimentar con frecuencia un malestar interno mayor que el que es dable tolerar con comodidad.
- e) Producen innecesarios conflictos con otros miembros de la comunidad.

Estas características son el desagregado en negativo del Pensamiento Racional que es definido, en síntesis, como aquel que nos permite (a) mantenernos vivos y (b) alcanzar las metas y valores que seleccionamos para llevar una vida placentera, disfrutable o que valga la pena (Ellis & Harper, 1975).

Las seis siguientes ideas irracionales se encuentran entre las que principalmente han sido señaladas por Ellis como responsables de causar y mantener los disturbios emocionales (Ellis, 1962):

- a) Debemos ser queridos y aprobados por todas las personas significativas para uno, así como ser respaldados en todo lo que hacemos.
- b) Debemos ser absolutamente competentes, apropiados, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.
- c) Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y severamente castigada.
- d) Es terrible, horroroso y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.
- e) La infelicidad humana es causada por los hechos externos, por lo que nos sucede; nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.
- f) Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando.

2.3.4 Dimensiones de la Personalidad

Son los factores descriptivos de la personalidad que es definida como “la organización más o menos fija y duradera de la conducta, del temperamento, del intelecto y de la realidad física de un ser humano, que determina su adaptación concreta al medio ambiente” (Amelang & Bartussek, 1981). Dentro del modelo jerárquico postulado por Eysenck, las dimensiones de la personalidad aparecen como la integración que se daría en los planos crecientes de las reacciones específicas, las reacciones habituales y los rasgos.

Eysenck estableció tres dimensiones de la personalidad, aunque sólo las dos últimas han predominado en la investigación y evaluación psicológica:

- o Psicoticismo
- o Neuroticismo
- o Extraversión

Neuroticismo

Es un índice de estabilidad emocional. Las personas con valores altos en esta dimensión presentan labilidad y tendencia a las reacciones exageradas, a la hipersensibilidad emocional, costándoles volver a la normalidad tras dichas experiencias. Tales individuos presentan “con más frecuencia desarreglos somáticos difusos poco graves como cefalea, trastornos gástricos, insomnio, dolor de espalda, etc. Suelen tener además muchas preocupaciones, angustias y otros sentimientos desagradables. Están predispuestos a contraer afecciones neuróticas bajo el efecto del stress...” (Eysenck & Eysenck, 1968).

Extraversión

Es la dimensión relacionada con la sociabilidad y el tipo de vivencias y modo de vida privilegiados por el individuo. “El extravertido típico es sociable, le gustan las reuniones, tiene muchos amigos, necesita personas con las que hablar y no se siente a gusto solo. Busca la animación, aprovecha las ocasiones

favorables, actúa a menudo espontáneamente, se arriesga mucho y es en general impulsivo. Gasta bromas pesadas, encuentra siempre la respuesta rápida y le gustan los cambios; despreocupado, ligero, optimista, se ríe mucho y suele estar alegre. Tiende a moverse y a hacer cosas, a ser agresivo y a perder la paciencia; no siempre domina sus sentimientos y tampoco se muestra siempre como persona de confianza.”

“El introvertido típico es tranquilo, más bien reservado, introspectivo, amante de los libros más que de los hombres; es retraído y distante, salvo entre amigos íntimos. Tiende a planificar las cosas, es cauteloso y desconfía de los impulsos del momento. No le gusta la animación, toma las cosas diarias con cierta seriedad y le gusta la vida ordenada. Controla estrictamente sus sentimientos, es más bien pesimista y otorga gran importancia a las normas éticas” (Eggert, 1974).

2.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan Ideas Irracionales diferentes en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.
2. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan una mayor cantidad, estadísticamente significativa, de Ideas Irracionales en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.
3. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan características diferenciales en sus Dimensiones de la Personalidad en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.

HIPÓTESIS COMPLEMENTARIAS

4. La Extroversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio.
5. La Extroversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio.
6. El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio.
7. El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Método de Investigación

El método básico es de naturaleza descriptiva (Sánchez & Reyes, 1987).

Tipo de Investigación

Sustantiva, ya que busca aportar conocimientos significativos acerca del tema que nos ocupa (Sánchez & Reyes, 1987).

Diseño de Investigación

Correlacional (Sánchez & Reyes, 1987; Alarcón, 2008), en el que la muestra de Adolescentes con Intento de Suicidio (*Muestra Clínica Con Intento de Suicidio*) se contrasta con otros dos grupos de control:

- a) Adolescentes que acuden al hospital por otras causas (*Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio*).
- b) Adolescentes que no reciben asistencia en el hospital (*Muestra Colegios*).

Y, posteriormente, se examina la probable relación entre las variables estudiadas en las muestras señaladas.

3.2 Población, muestra y técnica de muestreo

La población bajo estudio la conforman los adolescentes de 14 a 18 años que habitan en la zona de Lima-Este (distritos de El Agustino, Santa Anita, San Juan de Lurigancho, Ate-Vitarte, la Victoria, la Molina, Lurigancho y Chosica, principalmente), pertenecientes a un nivel socioeconómico C y D, y que han tenido un intento de suicidio.

La investigación se efectuó con una muestra no probabilística de cincuenta y siete (57) adolescentes, entre los 14 y los 18 años, extraída de manera intencional o deliberada entre los usuarios que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue para recibir tratamiento en condición de internamiento por haber realizado un intento de suicidio (*Muestra Clínica Con Intento de Suicidio*, n= 57).

Dada la abrumadora mayoría en nuestro medio de casos pertenecientes al sexo femenino, y tomando también en consideración la importancia de contar con datos derivados de la población masculina, se estableció mantener una proporción de género en la muestra de 2 a 1 en favor de las mujeres (38 mujeres y 19 varones).

Criterios de Inclusión

- a) Edad: 14 a 18 años.
- b) Sexo: Femenino y Masculino, en proporción de dos a uno, respectivamente.
- c) Grado de Instrucción: Primero de Secundaria, como mínimo.
- d) Nivel Socioeconómico: Niveles C y D.
- e) Diagnóstico: Intento de Suicidio.

Criterios de Exclusión

- a) Condición Física: Discapacitados y pacientes aquejados de una enfermedad grave o terminal.
- b) Salud Psicológica: Presencia de un trastorno psicológico mayor como psicosis o dependencia de sustancias psicoactivas.

Los dos grupos de control se constituyeron con adolescentes que, manteniendo los criterios señalados de inclusión y de exclusión, con excepción del diagnóstico de Intento de Suicidio, fueron hospitalizados para recibir algún tipo de tratamiento (*Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio*, n = 57), o desarrollaban sus actividades normalmente (*Muestra Colegios*, n = 63).

Estas últimas muestras se extrajeron, por lo tanto, por muestreo no probabilístico y de forma intencional de otros servicios del hospital y de dos colegios de la zona. Los dos grupos de control conformaron la *Muestra Sin Intento de Suicidio* (n= 120).

El total de sujetos comprendidos en las tres muestras fue de 177 adolescentes.

3.3 Variables de Investigación

Por tratarse de una investigación de naturaleza descriptiva y con un diseño correlacional, no parece apropiada la definición de variables en el sentido de los estudios experimentales o cuasi experimentales (Variable Independiente, Variable Dependiente, Variables Extrañas).

No obstante, es claro que aunque no se examine una relación necesariamente causal o explicativa, se explora la existencia de vínculos entre las variables Ideas Irracionales y Dimensiones de la Personalidad, en un marco de control para los adolescentes Con o Sin Intento de Suicidio de acuerdo con lo señalado en los acápites precedentes.

3.4 Instrumentos de estudio

Técnicas Directas

Entrevista y Observación, para seleccionar la muestra y delimitar las condiciones y estado de los participantes.

Técnicas Indirectas

a) Inventario de Personalidad:

Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI)

Ficha Técnica

Nombre: Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI-Forma B).

Autor: H. Eysenck y S. Eysenck.

Edición original:	Inglesa (1964).
Edición española:	Tea Madrid (1974).
Forma de aplicación:	Individual o colectiva.
Tiempo de aplicación:	No tiene límite, como promedio 15 minutos.
Edad de aplicación:	Adolescentes y adultos.
Significación:	El inventario posee dos formas (A y B). Está destinado a la evaluación objetiva de las dos principales dimensiones de la personalidad: Extraversión (E) y Neuroticismo (N).

Es un cuestionario autodescriptivo de la personalidad que ha sido construido siguiendo la teoría jerárquica de la personalidad de Eysenck y empleando como técnica el análisis factorial. En la presente investigación se ha empleado la forma B, estandarizada en Lima por Anicama (1974) en una muestra de 2000 personas.

El inventario tiene por objetivo medir las dos mayores dimensiones de la personalidad: Extraversión (E) y Neuroticismo (N), y lo conforman tres escalas con un total de 57 ítems dicotómicos, que deben responderse con SI o NO ante preguntas sobre la forma usual de sentir o actuar del sujeto. Las escalas E y N tienen 24 ítems cada una, y el mayor puntaje revela la presencia más significativa de la dimensión que miden; la escala L (veracidad) consta de 9 ítems, donde obtener un puntaje mayor de 4 anula la prueba, ya que es un indicativo firme de la falta de objetividad del sujeto en la autoevaluación de sus rasgos y de su tendencia a mostrarse de acuerdo con los criterios de deseabilidad social vigentes.

Las características asociadas con N más resaltantes están dadas por los siguientes rasgos: cambio de humor (inestabilidad), falta de concentración, preocupaciones, “nerviosismo”, síntomas psicósomáticos, sensibilidad y sentimientos de inseguridad.

En el caso de E, los rasgos más característicos son: sociabilidad, impulsividad, actividad, vivacidad y excitabilidad (para una descripción más amplia de N y de E, pueden revisarse las secciones correspondientes en el Marco Teórico).

Los resultados de acuerdo con el baremo de Lima (Anicama, 1974) se interpretan por cada dimensión de acuerdo con las siguientes cuatro categorías:

Extraversión: 1. Altamente introvertido
 2. Tendencia hacia la introversión
 3. Tendencia hacia la extraversión
 4. Altamente extravertido

Neuroticismo: 1. Altamente estable
 2. Tendencia a la estabilidad
 3. Tendencia a la inestabilidad
 4. Altamente inestable

Finalmente, la combinación de los resultados en ambas dimensiones permitirá clasificar al sujeto dentro de uno de los siguientes cuatro temperamentos:

1. Melancólico (introvertido-inestable)
2. Flemático (introvertido-estable)
3. Colérico (extavertido-inestable)
4. Sanguíneo (extravertido-estable)

Validez y confiabilidad

Confiabilidad

La confiabilidad y validez del EPI ha sido ampliamente demostrada en el exterior y en nuestro medio. En el trabajo original en Lima (Anicama, 1974) se verificó una consistencia interna satisfactoria para el inventario y se estableció la confiabilidad en

el tiempo (8 meses) de los resultados con una muestra mixta de 100 sujetos tomada al azar a partir de tres de los diferentes grupos de la muestra total de 2000 personas (universitarios, estudiantes secundarios y obreros). En este test-retest se alcanzaron correlaciones (r) estadísticamente significativas para las tres escalas del EPI: N= 0.71; E= 0.68 y L= 0.61.

Validez

La validez en nuestro medio del inventario fue establecida a través de dos procedimientos de validez concurrente que involucraban la participación de jueces que ofrecían un criterio exterior de comparación (Anicama, 1974):

- El método de los grupos nominados, en el que 30 jueces evaluaron a 110 sujetos y su apreciación se comparó con el resultado de la prueba, detectándose en forma satisfactoria los grupos dentro de cada dimensión, con una significatividad estadística al 0.05.
- El método de validez clínico, en el que 52 pacientes fueron calificados con un diagnóstico de la especialidad (distímicos o histérico-psicopáticos) por 8 psicólogos, y se contrastó con los resultados del inventario. Se encontró una relación significativa al 0.05 entre uno y otro, tomando en cuenta los postulados teóricos de Eysenck.

b) Cuestionario que explora las Ideas Irracionales:

Registro de Opiniones, Forma A (REGOPINA)

Ficha Técnica

Nombre:	Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA).
Autores:	Martha Davis, Matthew Mckay y Elizabeth Eshelman.
Año:	1982 (texto), 1987 (versión modificada, Guzmán, 1988), 2009 (Guzmán, 2009).
Objetivo:	Poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad.

Forma de aplicación:	Individual o colectiva.
Tiempo de aplicación:	No hay tiempo límite. Aproximadamente 20 minutos.
Ambito de aplicación:	Para adolescentes y adultos que hayan cursado y aprobado por lo menos un año de instrucción secundaria.
Principales usos:	Dentro de un contexto psicoterapéutico con técnicas racional-emotivas y con fines de investigación.

Origen y naturaleza del Registro de Opiniones (REGOPINA)

El Registro de Opiniones fue originalmente divulgado como una técnica de autoevaluación en un texto bastante popular que trataba sobre el autocontrol de las emociones (Davis et al., 1982, págs. 105–111). En su forma primigenia constaba de 100 ítems formados por afirmaciones diversas, debiendo el sujeto expresar si estaba o no de acuerdo con las mismas. Se asumía que en todo el cuestionario estaban representadas 10 de las 12 principales ideas irracionales tal como fueron formuladas en un principio por Albert Ellis (Ellis, 1958), quien luego las revisó dejándolas en 11 en su libro clásico sobre la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962).

Los autores presentaron el Registro de Opiniones sin aportar facilidades para su aplicación (como protocolo de respuesta, clave adecuada para la calificación, etc.) y sin mencionar normas ni datos acerca de la confiabilidad o validez del mismo. Hacían hincapié en su potencial utilidad para el trabajo clínico autodirigido, de acuerdo con el esquema presentado en el capítulo “Rechazo de ideas irracionales” del texto citado (págs. 103–124). En 1987 se procedió a verificar su utilidad en la práctica clínica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, revisándolo y adaptándolo para convertirlo en un instrumento ágil y adecuado para el trabajo fluido de la consulta externa.

Los cambios iniciales realizados pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Reducción del número de ítems de 100 a 60 para darle una dimensión más manejable.

2. Adición de 5 ítems destinados a medir la consistencia en las respuestas del usuario, aspecto no considerado en el Registro original.
3. Refraseo, adición o cambio de las palabras de 8 ítems con la finalidad de hacerlos más claros y desprovistos de ambigüedad para la gente que tiene como lengua materna el castellano (ítems 3, 9, 11, 14, 32, 64, 74 y 89 en el registro original; a los que corresponden los ítems 3, 6, 7, 10, 20, 40, 46 y 54 en la versión modificada).
4. Cambio de la clave en un ítem (22 en el original, 14 en la versión modificada) por tratarse de un aparente error en el tipeado.
5. Reemplazo de las palabras “No estoy de acuerdo” y “Estoy de acuerdo” del original, por las palabras “Verdadero” y “Falso” en la versión modificada, en la consignación de las respuestas del examinado, por ser más claras y adecuadas a las intenciones del Registro.
6. Reformulación de las instrucciones para volverlas más completas de acuerdo con el propósito general.

Se elaboró un protocolo de respuestas de una sola página para el registro de todos los datos pertinentes, tanto para la aplicación como para la posterior calificación e interpretación; sólo precisa de una clave de respuestas, pudiendo verificarse su consistencia inmediatamente.

De manera que REGOPINA está destinado a explorar la presencia de 6 de las más importantes ideas irracionales responsables de la mayor parte de los desajustes emocionales y conductuales de las personas, y que fueron propuestas por Albert Ellis para el trabajo con la terapia racional-emotiva. Tiene 65 ítems en total de (10 por cada idea, más 5 de consistencia de respuestas).

En años recientes se efectuó una revisión exhaustiva de REGOPINA en base a la experiencia clínica acumulada en su uso, el criterio de jueces (6) y los resultados de su aplicación en una muestra piloto de adolescentes de 14 a 18 años ($n= 276$) que determinó los siguientes cambios sobre la versión de 1987:

1. Reformulación, adición, eliminación o sustitución de las palabras de 22 items, para asegurar una correcta expresión gramatical y semántica a la luz de la idea irracional explorada (ítems 3, 4, 7, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 31, 33, 34, 37, 40, 41, 49, 52 y 58).
2. Reemplazo completo de dos items (9, 47).

Cuadro 1

Operacionalización de la variable Ideas Irracionales

Variable	Definición Conceptual	Operacionalización de la Variable	
		Indicadores	Items
Ideas Irracionales	Son aquellas que presentan una o más de las siguientes características (Ellis y Harper, 1975):	1. Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 55
	1. Se basan en opiniones subjetivas antes que en hechos objetivos, derivando en una percepción inadecuada de la realidad.	2. Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 56
	2. Ponen en riesgo el bienestar y la seguridad personal.	3. Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57
	3. Impiden el progreso hacia las propias metas.	4. Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 58
	4. Llevan a experimentar con frecuencia un malestar interno mayor que el que es dable tolerar con comodidad.	5. La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59
	5. Producen innecesarios conflictos con otros miembros de la comunidad.	6. Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando.	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60

Aplicación del Registro de Opiniones

El nivel de conceptualización que demandan los items difícilmente estará al alcance de las personas que tengan un rango intelectual menor al Promedio-inferior, quienes en grado de instrucción (dato usualmente más disponible que el cociente intelectual) generalmente no superan el nivel primario. Por eso se recomienda que sólo se aplique a personas que hayan llegado a cursar con éxito por lo menos un año de educación secundaria.

No hay tiempo límite para la aplicación, que generalmente toma alrededor de 20 minutos.

Las indicaciones para el usuario deben incluir que:

“El Registro de Opiniones es un cuestionario que explora las creencias acerca de diferentes temas. No es una prueba de inteligencia y no es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Señale si considera verdadera (V) o falsa (F) cada afirmación. Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.”

Calificación del registro de Opiniones

La calificación abarca 2 aspectos:

1. Establecimiento de la consistencia en las respuestas.

Para llevarla a cabo basta con realizar una comparación entre las respuestas dadas a los 5 últimos items, que aparecen en la línea final del protocolo (61, 62, 63, 64 y 65), con la dada en los items que figuran entre paréntesis exactamente debajo de ellos (2, 12, 17, 38 y 53, respectivamente). En principio, se considera inconsistente que las respuestas a ambos items sean iguales, ya que semánticamente son antónimos; aunque ocasionalmente puedan surgir en algunas personas interpretaciones muy particulares que ofrezcan cierto sustento a tales resultados. Se calcula de esa manera el total de inconsistencias, marcándose la suma de ellas en la columna inferior derecha, al costado de la palabra “Consistencia”, de acuerdo con la categoría que le

correspondiera:

0 – 2	:	Buena	(B)
3	:	Regular	(R)
4 – 5	:	Mala	(M)

Se ha establecido un *límite de 3 inconsistencias* sobre un máximo de 5 para considerar válido el protocolo, pues de otra manera el porcentaje posible de errores por ausencia de comprensión, descuido, apresuramiento, falseamiento o alguna otra razón, sería demasiado grande.

2. El puntaje para las 6 ideas irracionales representadas y para el total del protocolo.

Se establece utilizando la plantilla de calificación que permite obtener el puntaje de cada una de las 6 columnas que representan sendas ideas irracionales identificadas por letras (A, B, C, D, E, F); igualmente, de la suma de las 6 se establece el puntaje total del protocolo.

Interpretación del Registro de Opiniones

1. Normas de Clasificación y de interpretación

Se ha delimitado un baremo aplicable con *adolescentes de ambos sexos, entre los 14 y los 18 años*. Las normas de clasificación e interpretación de resultados a emplear por cada subescala y para la prueba total aparecen en la siguiente página.

Baremo 1

Categorías de Estilo de Pensamiento por Subescalas de REGOPINA en Adolescentes de 14 a 18 años

Escala	Idea Irracional	Pc	≤24	25-49	50-74	≥75
		Racional		Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.		0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.		0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.		0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.		0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.		0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando.		0-2	3	4	5-10

Categorías de Estilo de Pensamiento para el puntaje compuesto Total de REGOPINA en Adolescentes de 14 a 18 años

Categoría	Puntaje Total	Percentil
Altamente Racional	≤14	≤4
Racional	15-20	5-24
Tendencia Racional	21-24	25-49
Tendencia Irracional	25-28	50-74
Irracional	29-33	75-94
Altamente Irracional	≥34	≥95

2. Diferencias por género y por edad

Los resultados de la investigación efectuada en la muestra piloto revelan que no hay diferencias significativas entre varones y mujeres en relación con la puntuación total de REGOPINA, conclusión que también se repite para cada una de las subescalas (ideas irracionales), con la sola excepción de la B (*Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles*), donde se encuentran diferencias al nivel 0.013 en favor de las mujeres ($t= 2.505$), indicando el predominio de esta idea en ellas sobre los varones.

Asimismo, el análisis de varianza en relación con la edad no revela diferencias significativas dentro de la muestra para los grupos de 14, 15, 16, 17 y 18 años, ni para la puntuación total de REGOPINA, ni para las ideas irracionales de cada subescala que explora la prueba. Por lo tanto, es apropiado emplear un mismo baremo para todo sujeto comprendido dentro de las edades señaladas.

3. Interpretación de resultados en otras poblaciones

En tanto se establecen baremos adicionales para otras poblaciones se puede recurrir al *empleo directo de los puntajes por cada idea irracional* (subescalas), ya que un breve análisis de las bases teóricas que sustentan tal concepto lleva a ver que lo más importante no es necesariamente saber la magnitud en que el puntaje de una determinada persona se aleja del promedio de la población a la que pertenece – aunque puede ser un dato muy interesante- sino *determinar en qué medida presenta ideas irracionales, y qué tipo de ideas irracionales son las que tienden a predominar en su ajuste cotidiano*, ya que –ideal aunque difícilmente verificable en la práctica- lo más recomendable es no tener ese tipo de cogniciones desadaptativas.

En otras palabras, para la interpretación de REGOPINA lo más trascendente no será siempre la comparación con otros sujetos –indispensable en la mayoría de pruebas psicológicas- sino el contraste con el patrón ideal.

4. Interpretación de los puntajes por Subescalas (ideas irracionales)

La interpretación de los puntajes parciales debe partir del resumen de las 6 ideas irracionales exploradas por la prueba que encontramos en el apartado pertinente más adelante. El peso relativo de cada idea sirve para consignar usualmente las dos o tres predominantes en el examinado, con la finalidad última de su revisión y exploración conjunta dentro de un marco terapéutico.

Se enfatiza este punto porque la experiencia registrada en su uso en el área clínica ha permitido confirmar *su utilidad en un formato de trabajo con técnicas racional-emotivas, que es indispensable como telón de fondo en el empleo de REGOPINA*. Sólo el conocimiento de dicho enfoque terapéutico le permitirá al examinador valorar la importancia de las ideas irracionales, ampliar los corolarios derivados de las mismas, y sustentar debidamente los argumentos contrapuestos y las afirmaciones racionales llamadas a reemplazarlas; es decir, situar en el contexto debido la detección de las ideas distorsionadas (ver sobre todo Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977; McKay et al., 1981; Davis et al., 1982; Ellis & Dryden, 1987; Ellis & Chip, 1998).

5. Cuando las respuestas son inconsistentes

La determinación de la consistencia en las respuestas del examinado contribuye a la fiabilidad del resultado. Como se ha señalado, se invalida el protocolo cuando se obtienen cuatro o más respuestas inconsistentes.

Esta falta de congruencia se encuentra más relacionada con la inadecuada comprensión de los conceptos explorados y de sus implicancias –ya sea por limitaciones intelectuales, descuido, apresuramiento, ansiedad o cansancio– antes que con el falseamiento deliberado, el pretender mostrarse razonable y maduro, o alguna otra variable semejante.

IDEAS IRRACIONALES QUE CAUSAN Y MANTIENEN DISTURBIOS EMOCIONALES

Las ideas reseñadas que figuran a continuación y que son las exploradas por el Registro de Opiniones, Forma A (REGOPINA), han sido tomadas de los trabajos de Ellis (1958, 1962), Mahoney (1974) y Davis et al. (1982).

- A. Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno,** en lugar de concentrarse en su propia estimación, en conseguir aprobación para fines importantes, y en querer en vez de ser querido.

Es realmente imposible gustar a todas las personas que nos rodean. Incluso aquellas personas a las que gustamos básicamente y nos aprueban, discreparán con algunas de nuestras conductas y cualidades.

- B. Debemos ser absolutamente competentes, apropiados, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles,** en lugar de la idea de que está bien esforzarse por actuar correctamente, pero no “necesitar” del éxito ni poner nuestra felicidad en juego en cada empresa. Conviene aceptarnos a nosotros mismos como criaturas muy imperfectas, afectadas de limitaciones humanas generales y de fallas específicas.

Los resultados de la creencia de que uno ha de ser perfecto son: los autoreproches ante el fallo inevitable, disminución de la autoestima, aplicación de patrones perfeccionistas al cónyuge y a los amigos, y paralización y miedo a intentar cualquier cosa.

- C. Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada,** en lugar de la idea de que determinados actos son inapropiados o antisociales, y que la

gente que los realiza se está comportando torpemente, en forma ignorante o en forma perturbada, siendo lo mejor tratar de ayudarlos a cambiar su conducta antes que buscar su sufrimiento.

D. Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran, en lugar de la idea de que es una lástima que las cosas no sean como a uno le gustaría, y que es mejor tratar de cambiar o controlar las condiciones, de modo que se hagan más satisfactorias; pero, si el controlar o cambiar situaciones incómodas es imposible, es preferible aceptar su existencia y dejar de seguir lamentándose de cuán malas son.

Esto puede describirse como el síndrome del niño mimado. Tan pronto como el globo se desinfla, empieza el diálogo: “¿Por qué me pasa esto a mí? Maldición, no puedo soportarlo. Es horrible, todo es un asco”. Cualquier inconveniente, problema o fallo que aparezca en su camino se interpreta de este modo. El resultado es una profunda irritación e intenso estrés.

E. La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos, en lugar de la idea de que virtualmente toda infelicidad humana es causada o mantenida por la manera de ver uno las cosas, antes que por las cosas mismas.

Una deducción lógica a partir de esta creencia, es pensar que para lograr la felicidad o evitar la tristeza hay que controlar los acontecimientos externos. Dado que ese control es limitado y que no podemos manipular los deseos de los demás, el resultado es la sensación de infelicidad y una ansiedad crónica. Atribuir la falta de felicidad a los acontecimientos es una forma de evitar enfrentarse con la realidad.

F. Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando, en lugar de la idea de que deberíamos aprender de nuestras experiencias pasadas, pero sin apegarnos demasiado a ellas ni dejarnos influenciar excesivamente.

Las cosas que ocurrieron ya no tienen cambio; solamente nuestro presente nos abre la puerta de la transformación. De nada nos sirven los lamentos o los reproches; si cometimos errores, admitámoslos y tomemos la decisión de aprender de ellos para no repetirlos, pues eso es lo único sensato que podemos hacer.

Validez y confiabilidad

Confiabilidad

La prueba fue aplicada en una muestra piloto de 276 adolescentes de ambos sexos, de 14 a 18 años, de la jurisdicción de Lima-Este, pertenecientes a una extracción social Media-baja y Baja (sectores C y D), y con un grado de instrucción fluctuante entre el 3ro y el 5to de Secundaria.

Se encontró un Alfa de Cronbach de 0.61, que se considera aceptable para medir variables de esta naturaleza y para su empleo en investigaciones sustantivas (Aiken, 1996; Watkins et al., 2001; Quintana, 2009). Asimismo, analizando la confiabilidad por mitades, se obtienen coeficientes de Spearman-Brown y de Guttman semejantes (0.610 y 0.604, respectivamente).

Por otra parte, las correlaciones (r) entre las 6 subescalas (ideas irracionales medidas por REGOPINA) y el puntaje total fluctúan entre 0.44 y 0.68, siendo en todos los casos significativas al nivel 0.01 (bilateral). En esa misma línea, también se encuentra que las correlaciones ítem-test muestran el ordenamiento esperado dentro de las subescalas, de manera que cada una de ellas correlaciona significativamente (nivel de 0.01) con los 10 ítems que la componen,

encontrándose sólo en 2 de los 60 ítems niveles de significatividad menores (ítems N°26 y 47).

Estos hallazgos permiten concluir que la confiabilidad (consistencia interna) de la prueba es aceptable y apropiada, en especial, para la investigación sustantiva grupal.

Validez

Se estableció la validez de contenido a través del criterio de 6 jueces, especialistas reconocidos y de experiencia en el uso de la Terapia Racional Emotiva, determinándose Coeficientes V de Aiken (Escrura, 1988) para las 6 subescalas fluctuantes entre 0.92 y 0.98, y para la prueba completa de 0.95, que se considera elevado y muy significativo (ver el detalle para cada ítem y subescala en el apéndice).

Este resultado permite afirmar que para los jueces consultados los ítems propuestos son consistentes y corresponden a la variable que se pretende medir (ideas irracionales).

Cabe mencionar que en una investigación desarrollada con pacientes (adolescentes y jóvenes) y con estudiantes universitarios (Guzmán, 1994), el Registro de Opiniones reveló hallazgos significativos ya resumidos (ver páginas 20 y 21) que son consistentes con diversos postulados teóricos y que pueden dejar sentadas las bases para el proceso creciente de validación del instrumento, ya que ésta no se obtiene con un solo dato y en forma definitiva, sino que recurre a distintas categorías o estrategias de validación que confluyen progresivamente, de ser satisfactorias y consistentes, en la validez de constructo (Aliaga, 2006).

3.5 Recolección de Datos

Se seleccionó la muestra de Adolescentes con Intento de Suicidio (*Muestra Clínica Con Intento de Suicidio*) entre aquellos pacientes que teniendo dicho

diagnóstico recibían, en condición de hospitalizados, el tratamiento respectivo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El tiempo de hospitalización solía fluctuar entre 8 y 18 días.

Tomando en consideración que, en relación al género, en dicha institución el flujo usual de casos de intento de suicidio es de 6 a 8 mujeres por cada varón, no parecía conveniente para el objetivo de obtener información relevante de ambos sexos el mantener dicha proporción en la muestra o, peor aún, limitar la investigación a sólo el sexo femenino; de manera que consideramos como opción más apropiada para los objetivos establecidos incluir en las muestras a mujeres y varones en una proporción de 2 a 1, respectivamente.

Las entrevistas y la aplicación de las pruebas psicológicas se hicieron en forma individual luego de obtener el consentimiento (asentimiento) del sujeto participante. Los procedimientos se cumplieron, generalmente, en una sola sesión; con algunos participantes se extendieron por dos sesiones. En todos los casos fueron desarrollados por el propio investigador.

Igual proceder se observó para obtener los datos de la muestra de los Adolescentes que se encontraban hospitalizados para recibir tratamiento por otras causas fuera del Intento de Suicidio (*Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio*). La duración de su internamiento era comparable a la de la primera muestra.

La tercera muestra, correspondiente a los Adolescentes que no están bajo ningún tipo de tratamiento (*Muestra Colegios*), se tomó de dos colegios nacionales de la zona de influencia del hospital. Esta vez el procedimiento supuso una evaluación colectiva en grupos de 6 a 10 participantes en una sola sesión.

3.6 Procesamiento de Datos

Se utilizaron medidas de Tendencia Central y de Dispersión para obtener los valores del cuestionario e inventario señalados (incluyendo sus componentes o

subescalas) en cada una de las tres muestras estudiadas, y se establecieron las correlaciones correspondientes entre las distintas escalas y subescalas. En un segundo momento se emplearon pruebas de significación para las comparaciones dentro y entre las muestras, y se procedió al análisis cualitativo de los componentes de las variables que resultaban pertinentes.

El tratamiento estadístico de los datos se efectuó con el programa SPSS 15.0.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS Y PRINCIPALES

RESULTADOS GLOBALES

Tabla 1

Composición de las tres muestras del Estudio

Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0
Muestra Colegios	N	Válidos	63
		Perdidos	0
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0

En la Tabla 1 podemos apreciar que las dos muestras clínicas, de jóvenes hospitalizados con y sin intento de suicidio, cuentan con 57 sujetos; en tanto que la proveniente de Colegios, la conforman 63 individuos. En total participaron 177 sujetos en las tres muestras.

Tabla 2

Composición de las muestras en relación con el género

Muestra			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Válidos	Mujer	38	66.7	66.7	66.7
		Hombre	19	33.3	33.3	100.0
		Total	57	100.0	100.0	
Muestra Colegios	Válidos	Mujer	42	66.7	66.7	66.7
		Hombre	21	33.3	33.3	100.0
		Total	63	100.0	100.0	
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Válidos	Mujer	38	66.7	66.7	66.7
		Hombre	19	33.3	33.3	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Puede observarse en la Tabla 2 que en las tres muestras en estudio se mantuvo la misma distribución porcentual de sujetos en relación con el género: 66.7% de mujeres y 33.3% de varones.

Tabla 3
Composición de las muestras en relación con la edad

Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0
	Media		15.91
	Mediana		16.00
Muestra Colegios	N	Válidos	63
		Perdidos	0
	Media		15.81
	Mediana		16.00
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0
	Media		16.49
	Mediana		16.00

En la Tabla 3 apreciamos que la edad promedio en las tres muestras varió desde 15.81 a 16.49 años, y en todas ellas la mediana fue la misma: 16.00 años.

Tabla 4
**Composición de las muestras en relación con el grado
de instrucción secundaria**

Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0
	Media		3.37
	Mediana		4.00
Muestra Colegios	N	Válidos	63
		Perdidos	0
	Media		4.35
	Mediana		4.00
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0
	Media		3.95
	Mediana		4.00

Podemos observar en la Tabla 4 que el grado de instrucción secundaria promedio en las tres muestras iba desde 3.37 hasta 4.35 años de enseñanza. La mediana en las tres muestras fue la misma: 4 años de estudios secundarios.

Tabla 5

Resultados obtenidos en las muestras en relación con el temperamento según el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI)

Muestra		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Válidos	Melancólico	29	50.9	50.9
		Flemático	10	17.5	68.4
		Colérico	9	15.8	84.2
		Sanguíneo	9	15.8	100.0
		Total	57	100.0	100.0
Muestra Colegios	Válidos	Melancólico	23	36.5	36.5
		Flemático	10	15.9	52.4
		Colérico	19	30.2	82.5
		Sanguíneo	11	17.5	100.0
		Total	63	100.0	100.0
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Válidos	Melancólico	24	42.1	42.1
		Flemático	13	22.8	64.9
		Colérico	7	12.3	77.2
		Sanguíneo	13	22.8	100.0
		Total	57	100.0	100.0

La Tabla 5 describe la cantidad de casos y los porcentajes correspondientes a las categorías de temperamento que se obtienen con el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) en cada una de las tres muestras. Cabe remarcar el resultado para la categoría de temperamento Melancólico, usualmente asociado con la emergencia de trastornos emocionales, donde el porcentaje más elevado se obtuvo en la Muestra Clínica con Intento de Suicidio (50.9%), seguido por la Muestra Clínica sin Intento de Suicidio (42.1%) y, finalmente, por la Muestra Colegios (36.5%).

Tabla 6**Resultados obtenidos en las muestras en el puntaje
Total del Registro de Opiniones (REGOPINA)**

Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0
	Media		29.61
	Mediana		31.00
	Desv. Típ.		6.172
Muestra Colegios	N	Válidos	63
		Perdidos	0
	Media		24.62
	Mediana		26.00
	Desv. Típ.		6.179
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	N	Válidos	57
		Perdidos	0
	Media		27.53
	Mediana		28.00
	Desv. Típ.		6.539

En la Tabla 6 apreciamos los resultados en cuanto a la media, mediana y desviación estándar en cada una de las tres muestras para el puntaje Total en el Registro de Opiniones (REGOPINA), que explora la presencia de las denominadas Ideas Irracionales según la Terapia Racional Emotiva. Podemos observar que la media más elevada se obtuvo en la Muestra Clínica con Intento de Suicidio (29.61), seguida por la Muestra Clínica sin intento de Suicidio (27.53) y, por último, por la Muestra Colegios (24.62). Las medianas respectivas mantienen este patrón en las tres muestras, y las desviaciones estándar indican una dispersión semejante al interior de ellas.

A los resultados señalados les corresponde según el Baremo Lima (Guzmán, 2009) las categorías de Estilo de Pensamiento *Irracional* (Muestra Clínica con Intento de Suicidio), *Tendencia Irracional* (Muestra Clínica sin intento de Suicidio) y *Tendencia Racional* (Muestra Colegios).

Tabla 7

Resultados obtenidos en las muestras en relación con las Dimensiones de la Personalidad (EPI): Extraversión y Neuroticismo

Muestra			Extroversión-Introversión	Neuroticismo
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	N	Válidos	57	57
		Perdidos	0	0
		Media	12.81	12.82
Muestra Colegios	N	Válidos	63	63
		Perdidos	0	0
		Media	13.98	12.21
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	N	Válidos	57	57
		Perdidos	0	0
		Media	13.40	11.37

En la Tabla 7 podemos apreciar, en relación con la dimensión Extraversión (E), que el puntaje promedio mayor se encontró en la Muestra Colegios (13.98), seguido por la Muestra Clínica sin Intento de Suicidio (13.40) y, finalmente, por la Muestra Clínica con Intento de Suicidio (12.81). Es decir, los sujetos de la Muestra Clínica con Intento de Suicidio eran los que presentaban el menor nivel de extraversión, acercándose más hacia el polo de la introversión.

En relación con la dimensión Neuroticismo (N), observamos que el mayor puntaje promedio se alcanzó en la Muestra Clínica con Intento de Suicidio (12.82), seguido por la Muestra Colegios (12.21) y, por último, por la Muestra Clínica sin Intento de Suicidio (11.37). En otras palabras, quienes conformaban la Muestra Clínica con Intento de Suicidio, eran los sujetos que detentaban el nivel más elevado de neuroticismo.

Tabla 8**Registro de Opiniones (REGOPINA)****Puntajes Totales y en las Subescalas de las tres muestras estudiadas**

Muestra			A Querido y aprobado	B Eficaz e inteligente	C Condenables o viles	D Terrible	E Hechos externos	F Siempre igual	Total REGOPINA
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	N	Válidos	57	57	57	57	57	57	57
		Media	5.18	5.40	4.70	4.49	4.88	4.96	29.61
Muestra Colegios	N	Válidos	63	63	63	63	63	63	63
		Media	4.60	5.27	3.92	3.87	3.43	3.52	24.62
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	N	Válidos	57	57	57	57	57	57	57
		Media	5.04	5.61	4.61	4.00	3.74	4.53	27.53

En la Tabla 8 se detallan las medias obtenidos en las tres muestras para el puntaje Total y en cada una de las Subescalas del Registro de Opiniones (REGOPINA), que indican la presencia de las seis Ideas Irracionales principales ya descritas, de acuerdo con los postulados de la Terapia Racional Emotiva.

Podemos apreciar que el puntaje Total promedio de REGOPINA más elevado se dio en la muestra Clínica con Intento de Suicidio (29.61), seguido por el obtenido en la muestra Clínica sin Intento de Suicidio (27.53) y, finalmente, por el alcanzado en la muestra Colegios (24.62).

En relación con las Subescalas, observamos que con una sola excepción (subescala B), en las cinco restantes se cumple el mismo patrón indicado, donde la media más elevada se alcanza en la muestra Clínica con Intento de Suicidio, seguida en orden decreciente por las obtenidas en la muestra Clínica sin Intento de Suicidio y la muestra Colegios. En todos los casos, es en la muestra Colegios donde se dieron los menores puntajes promedios.

Tabla 9

Registro de Opiniones (REGOPINA)

Puntajes Totales y en las Subescalas en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio

Muestra			A Querido y aprobado	B Eficaz e inteligente	C Condenables o viles	D Terrible	E Hechos externos	F Siempre igual	Total REGOPINA
Con intento de Suicidio	N	Válidos	57	57	57	57	57	57	57
		Media	5.18	5.40	4.70	4.49	4.88	4.96	29.61
Sin intento de Suicidio	N	Válidos	120	120	120	120	120	120	120
		Media	4.81	5.43	4.25	3.93	3.58	4.00	26.00

En razón del tema principal bajo estudio, se consideró apropiado reagrupar las tres muestras en dos categorías: *Con Intento de Suicidio* y *Sin Intento de Suicidio*, donde la primera corresponde a la ya conocida muestra Clínica con Intento de Suicidio (n= 57), y la segunda surge de la unión de las dos muestras restantes, Clínica sin Intento de Suicidio y Colegios (n= 120).

En la Tabla 9 detallamos las medias obtenidos en estas dos muestras para el puntaje Total y en cada una de las Subescalas del Registro de Opiniones (REGOPINA), que indican la presencia de las seis Ideas Irracionales principales ya descritas.

Se puede observar que el puntaje Total promedio de REGOPINA más elevado se dio en la muestra Con Intento de Suicidio (29.61), seguido por el obtenido en la muestra Sin Intento de Suicidio (26.00). Asimismo, en relación con las Subescalas, observamos que con una sola excepción y por un margen muy leve (subescala B), en las cinco restantes la media más elevada se alcanza con claridad en la muestra Con Intento de Suicidio.

Tabla 10a

Diferencias en relación con el Intento de Suicidio para las distintas variables consideradas según dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio

	Muestra según Intento de Suicidio	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
A Querido y aprobado	Con intento de Suicidio	57	5.18	1.853	.245
	Sin intento de Suicidio	120	4.81	1.884	.172
B Eficaz e inteligente	Con intento de Suicidio	57	5.40	1.869	.248
	Sin intento de Suicidio	120	5.43	1.859	.170
C Condenables o viles	Con intento de Suicidio	57	4.70	1.936	.256
	Sin intento de Suicidio	120	4.25	1.641	.150
D Terrible	Con intento de Suicidio	57	4.49	2.001	.265
	Sin intento de Suicidio	120	3.93	1.757	.160
E Hechos externos	Con intento de Suicidio	57	4.88	1.465	.194
	Sin intento de Suicidio	120	3.58	1.532	.140
F Siempre igual	Con intento de Suicidio	57	4.96	1.832	.243
	Sin intento de Suicidio	120	4.00	1.975	.180
Total REGOPINA	Con intento de Suicidio	57	29.61	6.172	.818
	Sin intento de Suicidio	120	26.00	6.491	.593
Extroversión-Introversión	Con intento de Suicidio	57	12.81	3.543	.469
	Sin intento de Suicidio	120	13.71	3.342	.305
Neuroticismo	Con intento de Suicidio	57	12.82	4.755	.630
	Sin intento de Suicidio	120	11.81	4.368	.399

Tabla 10b

Diferencias en relación con el Intento de Suicidio para las distintas variables consideradas según dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
A Querido y aprobado	Se han asumido varianzas iguales	.049	.825	1.218	175	.225	.367	.302	-.228	.962
B Eficaz e inteligente	Se han asumido varianzas iguales	.352	.554	-.100	175	.921	-.030	.300	-.621	.562
C Condenables o viles	Se han asumido varianzas iguales	4.950	.027	1.613	175	.109	.452	.280	-.101	1.004
	No se han asumido varianzas iguales			1.521	95.509	.132	.452	.297	-.138	1.041
D Terrible	Se han asumido varianzas iguales	1.742	.189	1.886	175	.061	.558	.296	-.026	1.142
E Hechos externos	Se han asumido varianzas iguales	.168	.682	5.358	175	.000	1.302	.243	.823	1.782
F Siempre igual	Se han asumido varianzas iguales	.341	.560	3.108	175	.002	.965	.310	.352	1.578
Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.141	.708	3.515	175	.001	3.614	1.028	1.585	5.643
Extroversión-Introversión	Se han asumido varianzas iguales	.627	.430	-1.644	175	.102	-.901	.548	-1.983	.180
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	.750	.388	1.405	175	.162	1.016	.723	-.411	2.444

Considerando sólo dos muestras, Con y Sin Intento de Suicidio, podemos apreciar en la Tabla 10b que se encontraron diferencias muy significativas, al nivel de confianza del 0.01, para el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA, $p=.001$) y para las Subescalas E ($p=.000$) y F ($p=.002$) de esta prueba, correspondientes a las Ideas Irracionales “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, y “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”, respectivamente.

En los tres casos, los sujetos de la muestra Con Intento de Suicidio eran los que obtenían los puntajes más elevados; de manera que es patente en dicho grupo la existencia de una mayor cantidad de Ideas Irracionales y, en particular, de las dos reseñadas.

Por último, es pertinente señalar que no se encontraron diferencias significativas, entre las dos muestras, en las variables correspondientes a las Dimensiones de la Personalidad (Extraversión y Neuroticismo); y que la Idea Irracional “*Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran*”, evaluada por la Subescala D de REGOPINA, estuvo muy cerca de también revelar diferencias significativas entre las dos muestras ($p=.061$), siempre con un predominio en los sujetos Con Intento de Suicidio.

Tabla 11a

Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras:

Clínica con Intento de Suicidio y Colegios

	Muestra	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Extroversión- Introversión	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	12.81	3.543	.469
	Muestra Colegios	63	13.98	3.270	.412
Neuroticismo	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	12.82	4.755	.630
	Muestra Colegios	63	12.21	4.516	.569
A Querido y aprobado	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	5.18	1.853	.245
	Muestra Colegios	63	4.60	1.947	.245
B Eficaz e inteligente	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	5.40	1.869	.248
	Muestra Colegios	63	5.27	1.734	.218
C Condenables o viles	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.70	1.936	.256
	Muestra Colegios	63	3.92	1.538	.194
D Terrible	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.49	2.001	.265
	Muestra Colegios	63	3.87	1.809	.228
E Hechos externos	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.88	1.465	.194
	Muestra Colegios	63	3.43	1.201	.151

F Siempre igual	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.96	1.832	.243
	Muestra Colegios	63	3.52	1.830	.231
Total REGOPINA	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	29.61	6.172	.818
	Muestra Colegios	63	24.62	6.179	.778

Tabla 11b

Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras:

Clínica con Intento de Suicidio y Colegios

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Extroversión-Introversión	Se han asumido varianzas iguales	1.565	.213	-1.893	118	.061	-1.177	.622	-2.409	.054
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	.314	.576	.730	118	.467	.618	.847	-1.058	2.295
A Querido y aprobado	Se han asumido varianzas iguales	.503	.479	1.645	118	.103	.572	.348	-.117	1.261
B Eficaz e inteligente	Se han asumido varianzas iguales	.503	.480	.406	118	.685	.134	.329	-.518	.785
C Condenables o viles	Se han asumido varianzas iguales	8.635	.004	2.458	118	.015	.781	.318	.152	1.410
	No se han asumido varianzas iguales			2.430	106.752	.017	.781	.321	.144	1.418
D Terrible	Se han asumido varianzas iguales	.563	.455	1.777	118	.078	.618	.348	-.071	1.307
E Hechos externos	Se han asumido varianzas iguales	2.749	.100	5.946	118	.000	1.449	.244	.966	1.931
	No se han asumido varianzas iguales			5.888	108.566	.000	1.449	.246	.961	1.936

F Siempre igual	Se han asumido varianzas iguales	.000	.992	4.305	118	.000	1.441	.335	.778	2.104
Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.003	.953	4.425	118	.000	4.995	1.129	2.759	7.231

Considerando sólo dos muestras, Clínica con Intento de Suicidio y Colegios, podemos observar en la Tabla 11b que se encontraron diferencias muy significativas, al nivel de confianza del 0.01, para el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA, $p=.000$) y para las Subescalas C ($p=.015$ y $p=.017$), E ($p=.000$ y $p=.000$) y F ($p=.000$) de esta prueba, correspondientes a las Ideas Irracionales “*Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada*”, “*La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos*”, y “*Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando*”, respectivamente.

En los cuatro casos, los sujetos de la muestra Clínica con Intento de Suicidio eran los que obtenían los puntajes más elevados; evidenciando, en consecuencia, la predominancia en dicho grupo de una mayor cantidad de Ideas Irracionales y, en particular, de las tres reseñadas.

Asimismo, es conveniente señalar que no se encontraron diferencias significativas, entre las dos muestras, en relación al Neuroticismo, y que tanto para la Extraversión ($p=.061$), cuanto para la Idea Irracional “*Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran*”, evaluada por la Subescala D de REGOPINA ($p=.078$), se estuvo muy cerca de alcanzar diferencias significativas; siempre con una prevalencia en los sujetos de la muestra Clínica con Intento de Suicidio, para la idea irracional, y con un predominio de la Extraversión en la muestra Colegios.

Tabla 12a

Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras:

Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio

	Muestra	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Extroversión- Introversión	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	12.81	3.543	.469
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	13.40	3.422	.453
Neuroticismo	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	12.82	4.755	.630
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	11.37	4.195	.556
A Querido y aprobado	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	5.18	1.853	.245
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	5.04	1.802	.239
B Eficaz e inteligente	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	5.40	1.869	.248
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	5.61	1.989	.263
C Condenables o viles	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.70	1.936	.256
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	4.61	1.688	.224
D Terrible	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.49	2.001	.265
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	4.00	1.711	.227
E Hechos externos	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.88	1.465	.194
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	3.74	1.828	.242
F Siempre igual	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	4.96	1.832	.243
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	4.53	2.010	.266
Total REGOPINA	Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	57	29.61	6.172	.818
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	27.53	6.539	.866

Tabla 12b

Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras:

Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenci a de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superio r	Inferior
Extroversión- Introversión	Se han asumido varianzas iguales	.137	.712	-.914	112	.363	-.596	.652	-1.889	.696
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	1.292	.258	1.734	112	.086	1.456	.840	-.208	3.120
A Querido y aprobado	Se han asumido varianzas iguales	.372	.543	.410	112	.683	.140	.342	-.538	.819
B Eficaz e inteligente	Se han asumido varianzas iguales	.155	.694	-.582	112	.562	-.211	.362	-.927	.506
C Condenables o viles	Se han asumido varianzas iguales	2.137	.147	.258	112	.797	.088	.340	-.586	.762
D Terrible	Se han asumido varianzas iguales	2.601	.110	1.409	112	.162	.491	.349	-.200	1.182
E Hechos externos	Se han asumido varianzas iguales	4.447	.037	3.676	112	.000	1.140	.310	.526	1.755
	No se han asumido varianzas iguales			3.676	106.92 7	.000	1.140	.310	.525	1.755
F Siempre igual	Se han asumido varianzas iguales	.834	.363	1.218	112	.226	.439	.360	-.275	1.152
Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.269	.605	1.753	112	.082	2.088	1.191	-.272	4.448

Considerando sólo dos muestras, Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio, apreciamos en la Tabla 12b que sólo se encontró una diferencia muy significativa, al nivel de confianza del 0.01, para la Subescala E ($p=.000$ y $p=.000$) del Registro de Opiniones (REGOPINA), referida a la Idea Irracional “*La infelicidad humana es causada*

por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”.

En la señalada diferencia, los sujetos de la muestra Clínica con Intento de Suicidio eran los que obtenían la media más elevada; revelando, en consecuencia, la predominancia en dicho grupo de la Idea Irracional consignada.

Por último, es apropiado indicar que no se encontraron diferencias significativas, entre las dos muestras, en relación a la Extraversión, y que tanto para el Neuroticismo ($p=.086$), cuanto para el puntaje Total de REGOPINA ($p=.082$), se estuvo cerca de alcanzar diferencias significativas; siempre en el sentido teórico esperado, con un predominio de ambas variables en la muestra Clínica con Intento de Suicidio.

Tabla 13a

Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras:

Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio

	Muestra	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Extroversión- Introversión	Muestra Colegios	63	13.98	3.270	.412
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	13.40	3.422	.453
Neuroticismo	Muestra Colegios	63	12.21	4.516	.569
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	11.37	4.195	.556
A Querido y aprobado	Muestra Colegios	63	4.60	1.947	.245
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	5.04	1.802	.239
B Eficaz e inteligente	Muestra Colegios	63	5.27	1.734	.218
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	5.61	1.989	.263
C Condenables o viles	Muestra Colegios	63	3.92	1.538	.194
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	4.61	1.688	.224
D Terrible	Muestra Colegios	63	3.87	1.809	.228
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	4.00	1.711	.227
E Hechos externos	Muestra Colegios	63	3.43	1.201	.151
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	3.74	1.828	.242

F Siempre igual	Muestra Colegios	63	3.52	1.830	.231
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	4.53	2.010	.266
Total REGOPINA	Muestra Colegios	63	24.62	6.179	.778
	Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	57	27.53	6.539	.866

Tabla 13b

Diferencias para las distintas variables consideradas según dos muestras:

Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia			Superior	Inferior
Extroversión-Introversión	Se han asumido varianzas iguales	.793	.375	.950	118	.344	.581	.611	-.630	1.791		
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	.346	.557	1.050	118	.296	.838	.798	-.743	2.419		
A Querido y aprobado	Se han asumido varianzas iguales	1.750	.188	-1.257	118	.211	-.432	.344	-1.112	.249		
B Eficaz e inteligente	Se han asumido varianzas iguales	.038	.845	-1.013	118	.313	-.344	.340	-1.017	.329		
C Condenables o viles	Se han asumido varianzas iguales	2.435	.121	-2.355	118	.020	-.693	.294	-1.276	-.110		
D Terrible	Se han asumido varianzas iguales	.952	.331	-.394	118	.694	-.127	.322	-.765	.511		
E Hechos externos	Se han asumido varianzas iguales	14.841	.000	-1.102	118	.273	-.308	.280	-.862	.246		
	No se han asumido varianzas iguales			-1.080	95.183	.283	-.308	.285	-.875	.258		

F Siempre igual	Se han asumido varianzas iguales	.862	.355	-2.860	118	.005	-1.003	.351	-1.697	-.308
Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.228	.634	-2.504	118	.014	-2.907	1.161	-5.207	-.608

Considerando sólo dos muestras, Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio, apreciamos en la Tabla 13b que se encontraron diferencias muy significativas, al nivel de confianza del 0.01, para el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA, $p=.014$) y para la Subescala F ($p=.005$) de esta prueba, correspondiente a la Idea Irracional “*Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando*”. Asimismo, se encontró una diferencia significativa, al nivel de confianza del 0.05, para la Subescala C ($p=.020$), referida a la Idea Irracional “*Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada*”.

En los tres casos, los sujetos de la muestra Clínica sin Intento de Suicidio eran los que obtenían los puntajes más elevados; revelando, en consecuencia, la predominancia en dicho grupo sobre la muestra Colegios, de una mayor cantidad de Ideas Irracionales y, en particular, de las dos reseñadas.

Finalmente, es apropiado indicar que no se encontraron diferencias significativas, entre las dos muestras, en relación a las Dimensiones de la Personalidad (Extraversión y Neuroticismo).

4.2 EVALUACIÓN DE LA SIGNIFICATIVIDAD DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS PARA DISTINTAS VARIABLES EN LAS MUESTRAS Y EN SUBGRUPOS

Tabla 14a

Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas

Muestra Clínica con Intento de Suicidio

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Extroversión-Introversión	Mujer	38	12.55	3.430	.556
	Hombre	19	13.32	3.801	.872
Neuroticismo	Mujer	38	13.87	4.503	.731
	Hombre	19	10.74	4.665	1.070
A Querido y aprobado	Mujer	38	5.24	1.979	.321
	Hombre	19	5.05	1.615	.371
B Eficaz e inteligente	Mujer	38	5.53	1.885	.306
	Hombre	19	5.16	1.864	.428
C Condenables o viles	Mujer	38	5.05	1.944	.315
	Hombre	19	4.00	1.764	.405
D Terrible	Mujer	38	4.74	2.062	.335
	Hombre	19	4.00	1.826	.419
E Hechos externos	Mujer	38	5.13	1.528	.248
	Hombre	19	4.37	1.212	.278
F Siempre igual	Mujer	38	5.18	1.943	.315
	Hombre	19	4.53	1.541	.353
Total REGOPINA	Mujer	38	30.87	6.037	.979
	Hombre	19	27.11	5.801	1.331

Tabla 14b

Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas

Muestra Clínica con Intento de Suicidio

PRUEBA T

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Extroversión-Introversión	Se han asumido varianzas iguales	.438	.511	-.764	55	.448	-.763	.999	-2.766	1.239
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	.005	.944	2.446	55	.018	3.132	1.280	.566	5.697
A Querido y aprobado	Se han asumido varianzas iguales	1.646	.205	.351	55	.727	.184	.525	-.867	1.236
B Eficaz e inteligente	Se han asumido varianzas iguales	.003	.954	.698	55	.488	.368	.528	-.689	1.426
C Condenables o viles	Se han asumido varianzas iguales	.773	.383	1.985	55	.052	1.053	.530	-.010	2.115
D Terrible	Se han asumido varianzas iguales	.232	.632	1.319	55	.193	.737	.559	-.383	1.856
E Hechos externos	Se han asumido varianzas iguales	1.236	.271	1.897	55	.063	.763	.402	-.043	1.569
F Siempre igual	Se han asumido varianzas iguales	2.537	.117	1.286	55	.204	.658	.512	-.368	1.683
Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.076	.784	2.247	55	.029	3.763	1.675	.407	7.120

Prueba de muestras independientes

En las Tablas 14a y 14b se ofrecen los datos referidos a las diferencias de género para las distintas variables consideradas en el estudio, en la Muestra Clínica con Intento de Suicidio.

Puede apreciarse que se alcanzaron diferencias significativas, al nivel de confianza del 0.05, para las variables Neuroticismo ($p=.018$), puntaje Total de REGOPINA ($p=.029$), y la subescala C de REGOPINA ($p=.052$) correspondiente a la idea irracional “*Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada*”.

En todos los casos, las mujeres obtenían puntuaciones más elevadas que los varones. Cabe señalar que en relación con la subescala E de REGOPINA, el resultado estuvo cerca de ser significativo ($p=.063$), siempre en favor de las mujeres (idea irracional “*La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos*”).

Tabla 15a

Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas
Muestra Colegios

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Extroversión-Introversión	Mujer	42	14.00	3.223	.497
	Hombre	21	13.95	3.442	.751
Neuroticismo	Mujer	42	13.38	4.173	.644
	Hombre	21	9.86	4.339	.947
A Querido y aprobado	Mujer	42	4.40	1.849	.285
	Hombre	21	5.00	2.121	.463
B Eficaz e inteligente	Mujer	42	5.52	1.770	.273
	Hombre	21	4.76	1.578	.344
C Condenables o viles	Mujer	42	3.98	1.615	.249
	Hombre	21	3.81	1.401	.306

D Terrible	Mujer	42	4.10	1.805	.279
	Hombre	21	3.43	1.777	.388
E Hechos externos	Mujer	42	3.50	1.254	.194
	Hombre	21	3.29	1.102	.240
F Siempre igual	Mujer	42	3.60	2.037	.314
	Hombre	21	3.38	1.359	.297
Total REGOPINA	Mujer	42	25.10	6.308	.973
	Hombre	21	23.67	5.944	1.297

Tabla 15b

Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas

Muestra Colegios

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Extroversión-Introversión	Se han asumido varianzas iguales	.816	.370	.054	61	.957	.048	.881	-1.714	1.809
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	.167	.685	3.118	61	.003	3.524	1.130	1.264	5.783
A Querido y aprobado	Se han asumido varianzas iguales	.172	.680	-1.147	61	.256	-.595	.519	-1.633	.443
B Eficaz e inteligente	Se han asumido varianzas iguales	.248	.620	1.668	61	.101	.762	.457	-.152	1.676
C Condenables o viles	Se han asumido varianzas iguales	.102	.750	.403	61	.689	.167	.414	-.661	.994
D Terrible	Se han asumido varianzas iguales	.332	.567	1.389	61	.170	.667	.480	-.293	1.626

E Hechos externos	Se han asumido varianzas iguales	1.485	.228	.665	61	.509	.214	.322	-.430	.859
F Siempre igual	Se han asumido varianzas iguales	5.393	.024	.435	61	.665	.214	.492	-.770	1.199
	No se han asumido varianzas iguales			.496	55.807	.622	.214	.432	-.652	1.080
Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.369	.546	.863	61	.391	1.429	1.655	-1.880	4.737

Prueba de muestras independientes

En las Tablas 15a y 15b se ofrecen los datos referidos a las diferencias de género para las distintas variables consideradas en el estudio, en la Muestra Colegios.

Puede apreciarse que, a pesar de que prácticamente en todas las variables las mujeres puntuaban más elevado que los varones, sólo se alcanzó una diferencia significativa, al nivel de confianza del 0.01, para el Neuroticismo ($p=.003$), siempre a favor de las féminas.

Tabla 16a

Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas
Muestra Clínica sin Intento de Suicidio

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Extroversión-Introversión	Mujer	38	13.13	3.379	.548
	Hombre	19	13.95	3.535	.811
Neuroticismo	Mujer	38	12.21	4.256	.690
	Hombre	19	9.68	3.606	.827
A Querido y aprobado	Mujer	38	5.18	1.843	.299
	Hombre	19	4.74	1.727	.396
B Eficaz e inteligente	Mujer	38	5.84	2.021	.328
	Hombre	19	5.16	1.893	.434
C Condenables o viles	Mujer	38	5.03	1.568	.254
	Hombre	19	3.79	1.653	.379

D Terrible	Mujer	38	4.39	1.748	.284
	Hombre	19	3.21	1.357	.311
E Hechos externos	Mujer	38	3.92	1.865	.303
	Hombre	19	3.37	1.739	.399
F Siempre igual	Mujer	38	4.79	1.848	.300
	Hombre	19	4.00	2.261	.519
Total REGOPINA	Mujer	38	29.16	5.993	.972
	Hombre	19	24.26	6.505	1.492

Tabla 16b

Diferencias en relación con el género para las distintas variables consideradas

Muestra Clínica sin Intento de Suicidio

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Extroversión-Introversión	Se han asumido varianzas iguales	.186	.668	-.846	55	.401	-.816	.964	-2.748	1.116
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	2.197	.144	2.217	55	.031	2.526	1.139	.243	4.810
A Querido y aprobado	Se han asumido varianzas iguales	.029	.865	.882	55	.382	.447	.507	-.570	1.464
B Eficaz e inteligente	Se han asumido varianzas iguales	.207	.651	1.230	55	.224	.684	.556	-.431	1.799
C Condenables o viles	Se han asumido varianzas iguales	.083	.774	2.758	55	.008	1.237	.448	.338	2.136
D Terrible	Se han asumido varianzas iguales	.662	.419	2.585	55	.012	1.184	.458	.266	2.102
E Hechos externos	Se han asumido varianzas iguales	.755	.389	1.078	55	.286	.553	.513	-.475	1.580

F Siempre igual	Se han asumido varianzas iguales	1.642	.205	1.410	55	.164	.789	.560	-.332	1.911
Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.133	.717	2.825	55	.007	4.895	1.732	1.423	8.366

Prueba de muestras independientes

En las Tablas 16a y 16b se ofrecen los datos referidos a las diferencias de género para las distintas variables consideradas en el estudio, en la Muestra Clínica sin Intento de Suicidio.

Podemos apreciar que se alcanzaron diferencias significativas para el Neuroticismo al nivel de confianza del 0.05 ($p=.031$), con puntajes más altos para las mujeres.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas, al nivel de confianza del 0.01, en el puntaje Total de REGOPINA ($p=.007$), y en las subescalas C ($p=.008$) y D de esta prueba ($p=.012$), correspondientes a las ideas irracionales “*Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada*”, y “*Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran*”, respectivamente. En todos los casos, las mujeres también obtenían puntuaciones más elevadas que los varones.

Tabla 17a

Relación entre la Extraversión (E) y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Diferencias en base a los puntajes en E en las tres muestras estudiadas

Muestra		Extroversión-Introversión	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Total REGOPINA	≥ 13	34	28.71	5.579	.957
		< 13	23	30.96	6.865	1.432
Muestra Colegios	Total REGOPINA	≥ 13	47	23.66	6.424	.937
		< 13	16	27.44	4.457	1.114
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Total REGOPINA	≥ 13	34	26.00	6.998	1.200
		< 13	23	29.78	5.143	1.072

Tabla 17b

Relación entre la Extraversión (E) y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Diferencias en base a los puntajes en E en las tres muestras estudiadas

Prueba de muestras independientes

Muestras			Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
			F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
										Superior	Inferior
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.658	.421	-1.361	55	.179	-2.251	1.654	-5.565	1.064
		Se han asumido varianzas iguales	3.231	.077	-2.175	61	.034	-3.778	1.737	-7.251	-.305
Muestra Colegios	Total REGOPINA	No se han asumido varianzas iguales			-2.595	37.593	.013	-3.778	1.456	-6.726	-.830
		Se han asumido varianzas iguales	2.956	.091	-2.216	55	.031	-3.783	1.707	-7.203	-.362
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Total REGOPINA	No se han asumido varianzas iguales			-2.350	54.560	.022	-3.783	1.609	-7.009	-.557
		Se han asumido varianzas iguales									

En las Tablas 17a y 17b se pone de relieve la relación entre la dimensión Extraversión (E) y el Registro de Opiniones (REGOPINA), para lo cual se analizan los resultados obtenidos en este último, luego de dividir en cada una de las tres muestras a los sujetos en dos subgrupos, de acuerdo con sus puntajes en E: los que obtuvieron 13 ó más puntos, y los que alcanzaron menos de 13; es decir, entre los sujetos con mayor y menor Extraversión, respectivamente (Tabla 17a). Se utilizó la puntuación de 13 por ser la cifra entera más cercana a las medias en E de las tres muestras (ver Tabla 7).

Así, podemos apreciar en la Tabla 17b que se encontraron diferencias significativas, al nivel de confianza del 0.05, para el puntaje Total de REGOPINA, entre los sujetos con alta y baja Extraversión en las muestras Clínica sin Intento de Suicidio ($p=.031$ y $.022$) y Colegios ($p=.034$ y $.013$), y en ambas los sujetos con mayor E obtenían un menor puntaje en REGOPINA; es decir, los miembros de las dos muestras que tenían un mayor nivel de Extraversión, también presentaban una menor cantidad de Ideas Irracionales.

La tendencia señalada también apareció en la muestra Clínica con Intento de Suicidio, pero no alcanzó a ser significativa.

Tabla 18a

Relación entre el Neuroticismo (N) y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Diferencias en base a los puntajes en N en las tres muestras estudiadas

Muestra		Neuroticismo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Total	≥ 13	29	31.45	5.214	.968
	REGOPINA	< 13	28	27.71	6.593	1.246
Muestra Colegios	Total	≥ 13	33	26.64	5.201	.905
	REGOPINA	< 13	30	22.40	6.484	1.184
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Total	≥ 13	19	30.74	4.886	1.121
	REGOPINA	< 13	38	25.92	6.720	1.090

Tabla 18b

Relación entre el Neuroticismo (N) y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Diferencias en base a los puntajes en N en las tres muestras estudiadas

Prueba de muestras independientes

Muestra			Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
			F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
										Superior	Inferior
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	2.671	.108	2.376	55	.021	3.734	1.571	.585	6.883
		No se han asumido varianzas iguales			2.366	51.384	.022	3.734	1.578	.567	6.901
Muestra Colegios	Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	1.483	.228	2.873	61	.006	4.236	1.475	1.287	7.185
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	2.521	.118	2.773	55	.008	4.816	1.736	1.336	8.296

En las Tablas 18a y 18b se pone de relieve la relación entre la dimensión Neuroticismo (N) y el Registro de Opiniones (REGOPINA), para lo cual se analizan los resultados obtenidos en este último, luego de dividir en cada una de las tres muestras a los sujetos en dos subgrupos, de acuerdo con sus puntajes en N: los que obtuvieron 13 ó más puntos, y los que alcanzaron menos de 13; es decir, entre los sujetos con mayor y menor Neuroticismo, respectivamente (Tabla 18a).

De este modo, podemos apreciar en la Tabla 18b que se encontraron diferencias significativas, al nivel de confianza del 0.05, para el puntaje Total de REGOPINA, entre los sujetos con alto y bajo Neuroticismo, en la muestra Clínica con Intento de Suicidio ($p=.021$ y $.022$). En la misma línea, la diferencia fue todavía más significativa (nivel de confianza del 0.01) para las otras dos muestras: Colegios ($p=.006$) y Clínica sin Intento de Suicidio ($p=.008$), y en los tres casos los sujetos con mayor puntaje en N obtenían también un mayor puntaje en REGOPINA; en otras palabras, los miembros de las tres muestras que

tenían un mayor nivel de Neuroticismo, también presentaban una mayor cantidad de Ideas Irracionales.

Tabla 19a

Relación entre la Edad y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Diferencias en base a la Edad en las tres muestras estudiadas

Muestra		Edad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Total REGOPINA	≥ 16	36	29.39	6.665	1.111
		< 16	21	30.00	5.357	1.169
Muestra Colegios	Total REGOPINA	≥ 16	40	25.63	6.432	1.017
		< 16	23	22.87	5.405	1.127
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Total REGOPINA	≥ 16	46	28.17	6.681	.985
		< 16	11	24.82	5.344	1.611

Tabla 19b

Relación entre la Edad y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Diferencias en base a la Edad en las tres muestras estudiadas

Prueba de muestras independientes

Muestra			Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
			F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
										Superior	Inferior
Muestra Clínica Con Intento de Suicidio	Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	2.147	.149	-.358	55	.722	-.611	1.708	-4.034	2.812
Muestra Colegios	Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.312	.578	1.731	61	.088	2.755	1.591	-.427	5.938
Muestra Clínica Sin Intento de Suicidio	Total REGOPINA	Se han asumido varianzas iguales	.739	.394	1.548	55	.127	3.356	2.168	-.988	7.700

En las Tablas 19a y 19b se pone de relieve la relación entre la Edad y el Registro de Opiniones (REGOPINA), para lo cual se analizan los resultados obtenidos en este último, luego de dividir en cada una de las tres muestras a los sujetos en dos subgrupos, de acuerdo con su Edad: los que tenían 16 ó más años, y los que tenían menos de 16; es decir, entre los sujetos con mayor y menor Edad, respectivamente (Tabla 19a). Se utilizó como punto de corte los 16 años por ser la cifra entera más cercana a las medias en Edad de las tres muestras (ver Tabla 3), y adicionalmente, ésta coincidía con la mediana de las mismas.

En la Tabla 19b podemos observar que no se dieron diferencias significativas, en ninguna de las muestras, entre los sujetos de 16 ó más años de edad con los que tenían menos; es decir, la variable Edad no está relacionada con la mayor o menor presencia de Ideas Irracionales, y, por lo tanto, es dable usar el mismo baremo para la interpretación de REGOPINA en todas las edades comprendidas en las muestras en estudio.

4.3 CORRELACIONES ENTRE VARIABLES EN DISTINTAS MUESTRAS

Tabla 20

Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Muestra Clínica con Intento de Suicidio

		Extraversión- Introversión	Total REGOPINA
Extraversión- Introversión	Correlación de Pearson	1	-.248
	Sig. (bilateral)		.062
	N	57	57
Total REGOPINA	Correlación de Pearson	-.248	1
	Sig. (bilateral)	.062	
	N	57	57

La Tabla 20 nos muestra la relación entre las variables Extraversión (E) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA) en la muestra Clínica con Intento de Suicidio, y lo hace a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de -.248.

Esta correlación negativa (relación inversa entre variables: conforme una se incrementa, la otra disminuye) no alcanza, por un estrecho margen, a ser significativa al nivel de confianza del 0.05.

Tabla 21

Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Muestra Colegios

		Extraversión- Introversión	Total REGOPINA
Extraversión- Introversión	Correlación de Pearson	1	-.214
	Sig. (bilateral)		.092
	N	63	63
Total REGOPINA	Correlación de Pearson	-.214	1
	Sig. (bilateral)	.092	
	N	63	63

En la Tabla 21 podemos apreciar la relación entre las variables Extraversión (E) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA) en la muestra Colegios, a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de -.214.

Esta correlación negativa, indicativa de una relación inversa entre ambas variables, no llega a ser significativa al nivel de confianza del 0.05.

Tabla 22

Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA)

Muestra Clínica sin Intento de Suicidio

		Extraversión- Introversión	Total REGOPINA
Extraversión- Introversión	Correlación de Pearson	1	-.316(*)
	Sig. (bilateral)		.017
	N	57	57
Total REGOPINA	Correlación de Pearson	-.316(*)	1
	Sig. (bilateral)	.017	
	N	57	57

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La Tabla 22 nos muestra la relación entre las variables Extraversión (E) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA) en la muestra Clínica sin Intento de Suicidio, y lo hace a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de -.316.

Esta correlación negativa resalta la relación inversa entre ambas variables (conforme una se incrementa, la otra disminuye), y es significativa al nivel de confianza del 0.05. Es decir, los sujetos con menores puntajes de Extraversión, presentan una mayor cantidad de Ideas Irracionales, y viceversa.

Tabla 23
Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA)
Muestra Clínica con Intento de Suicidio

		Neuroticismo	Total REGOPINA
Neuroticismo	Correlación de Pearson	1	.517(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	57	57
Total REGOPINA	Correlación de Pearson	.517(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	57	57

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 23 podemos apreciar la relación entre las variables Neuroticismo (N) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA) en la muestra Clínica con Intento de Suicidio, a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de .517.

Esta correlación positiva resalta la relación directa entre ambas variables (las dos aumentan o disminuyen en paralelo), y es muy significativa, al nivel de confianza del 0.01. Es decir, los sujetos con puntajes elevados en Neuroticismo (N), es muy probable que también tengan puntajes altos en REGOPINA; y los que puntúan bajo en N, muy probablemente también puntuarán bajo en REGOPINA.

Tabla 24**Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA)****Muestra Colegios**

		Neuroticismo	Total REGOPINA
Neuroticismo	Correlación de Pearson	1	.481(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	63	63
Total REGOPINA	Correlación de Pearson	.481(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	63	63

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 24 también podemos apreciar la relación entre las variables Neuroticismo (N) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA), esta vez en la muestra Colegios, a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de .481.

La correlación positiva encontrada resalta la relación directa entre ambas variables (las dos aumentan o disminuyen en paralelo), y es muy significativa, al nivel de confianza del 0.01.

Tabla 25**Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA)****Muestra Clínica sin Intento de Suicidio**

		Neuroticismo	Total REGOPINA
Neuroticismo	Correlación de Pearson	1	.318(*)
	Sig. (bilateral)		.016
	N	57	57
Total REGOPINA	Correlación de Pearson	.318(*)	1
	Sig. (bilateral)	.016	
	N	57	57

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 25, finalmente, podemos apreciar la relación entre las variables Neuroticismo (N) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA), en la muestra Clínica sin Intento de Suicidio, a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de .318.

Esta correlación positiva destaca, nuevamente, la relación directa entre ambas variables (las dos aumentan o disminuyen en paralelo), y es significativa al nivel de confianza del 0.05.

Tabla 26
Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión
Muestra Clínica con Intento de Suicidio

		Neuroticismo	Extraversión-Introversión
Neuroticismo	Correlación de Pearson	1	-.282(*)
	Sig. (bilateral)		.034
	N	57	57
Extraversión-Introversión	Correlación de Pearson	-.282(*)	1
	Sig. (bilateral)	.034	
	N	57	57

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 26 podemos apreciar la relación entre las variables Neuroticismo (N) y la Extraversión (E) en la muestra Clínica con Intento de Suicidio, a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de -.282.

Esta correlación negativa resalta la relación inversa entre ambas variables (conforme una se incrementa, la otra disminuye), y es significativa al nivel de confianza del 0.05. Es decir, los sujetos con menores puntajes de Extraversión, suelen tener un mayor nivel de Neuroticismo, y viceversa.

Tabla 27**Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión****Muestra Colegios**

		Neuroticismo	Extraversión-Introversión
Neuroticismo	Correlación de Pearson	1	-.005
	Sig. (bilateral)		.968
	N	63	63
Extraversión-Introversión	Correlación de Pearson	-.005	1
	Sig. (bilateral)	.968	
	N	63	63

En la Tabla 27 observamos también la relación entre las variables Neuroticismo (N) y la Extraversión (E) en la muestra Colegios, a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de -.005.

Esta correlación negativa, sin embargo, es tan pequeña que en la práctica nos indica que no hay relación entre ambas variables en la muestra considerada; es decir, se trata de variables que actúan independientemente entre sí.

Tabla 28**Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión****Muestra Clínica sin Intento de Suicidio**

		Neuroticismo	Extraversión-Introversión
Neuroticismo	Correlación de Pearson	1	-.490(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	57	57
Extraversión-Introversión	Correlación de Pearson	-.490(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	57	57

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 28, finalmente, también podemos apreciar la relación entre las variables Neuroticismo (N) y la Extraversión (E) en la muestra Clínica sin Intento de Suicidio, a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de -.490.

La correlación negativa encontrada destaca la relación inversa entre ambas variables (conforme una se incrementa, la otra disminuye), y es muy significativa, al nivel de confianza del 0.01. En otras palabras, los sujetos con menores puntajes de Extraversión, suelen tener un mayor nivel de Neuroticismo, y viceversa.

Tabla 29

**Correlación entre la Extraversión y el Registro de Opiniones (REGOPINA)
en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio**

Muestra Según Intento de Suicidio		Extroversión- Introversión		Total REGOPINA
Con intento de Suicidio	Extroversión- Introversión	Correlación de Pearson	1	-.248
		Sig. (bilateral)		.062
		N	57	57
	Total REGOPINA	Correlación de Pearson	-.248	1
		Sig. (bilateral)	.062	
		N	57	57
Sin intento de Suicidio	Extroversión- Introversión	Correlación de Pearson	1	-.277(**)
		Sig. (bilateral)		.002
		N	120	120
	Total REGOPINA	Correlación de Pearson	-.277(**)	1
		Sig. (bilateral)	.002	
		N	120	120

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En razón del tema principal bajo estudio, se consideró apropiado reagrupar las tres muestras en dos categorías: *Con Intento de Suicidio* y *Sin Intento de Suicidio*, donde la primera corresponde a la ya conocida muestra Clínica con Intento de Suicidio (n= 57), y la segunda surge de la unión de las dos muestras restantes, Clínica sin Intento de Suicidio y Colegios (n= 120).

La Tabla 29 nos describe la relación entre las variables Extraversión (E) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA) en las muestras Con Intento de Suicidio y Sin

Intento de Suicidio, y lo hace a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de -.248, en el primer caso, y de -.277, en el segundo.

La primera de estas correlaciones negativas no alcanza (por un estrecho margen) a ser significativa, pero la segunda sí lo es en el nivel de confianza del 0.01; ambas relieván la relación inversa entre las dos variables (conforme una se incrementa, la otra disminuye).

Tabla 30

**Correlación entre el Neuroticismo y el Registro de Opiniones (REGOPINA)
en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio**

Muestra Según Intento de Suicidio		Total REGOPINA	Neuroticismo
Con intento de Suicidio	Total REGOPINA	Correlación de Pearson	1
		Sig. (bilateral)	.517(**)
		N	.000
	Neuroticismo	Correlación de Pearson	57
		Sig. (bilateral)	57
		N	57
Sin intento de Suicidio	Total REGOPINA	Correlación de Pearson	1
		Sig. (bilateral)	.370(**)
		N	.000
	Neuroticismo	Correlación de Pearson	120
		Sig. (bilateral)	120
		N	120

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En razón del tema principal bajo estudio, se consideró apropiado reagrupar las tres muestras en dos categorías: *Con Intento de Suicidio* y *Sin Intento de Suicidio*, donde la primera corresponde a la ya familiar muestra Clínica con Intento de Suicidio (n= 57), y la segunda surge de la unión de las dos muestras restantes, Clínica sin Intento de Suicidio y Colegios (n= 120).

La Tabla 30 nos describe la relación entre las variables Neuroticismo (N) y el puntaje Total del Registro de Opiniones (REGOPINA) en las muestras Con Intento de Suicidio y Sin

Intento de Suicidio, y lo hace a través de la Correlación de Pearson que alcanza un valor de .517, en el primer caso, y de .370, en el segundo.

Ambas correlaciones positivas son muy significativas, en el nivel de confianza del 0.01; y las dos evidencian la relación directa entre ambas variables (cuando una de ellas aumenta o disminuye, sucede lo propio con la otra).

Tabla 31
Correlación entre el Neuroticismo y la Extraversión
en dos muestras: Con y Sin Intento de Suicidio

Muestra Según Intento de Suicidio		Neuroticismo	Extraversión-Introversión
Con intento de Suicidio	Neuroticismo	Correlación de Pearson	1
		Sig. (bilateral)	-.282(*)
		N	.034
	Extraversión-Introversión	Correlación de Pearson	1
		Sig. (bilateral)	-.282(*)
		N	.034
Sin intento de Suicidio	Neuroticismo	Correlación de Pearson	1
		Sig. (bilateral)	-.221(*)
		N	.015
	Extraversión-Introversión	Correlación de Pearson	1
		Sig. (bilateral)	-.221(*)
		N	.015

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En razón del tema principal bajo estudio, se consideró apropiado reagrupar las tres muestras en dos categorías: *Con Intento de Suicidio* y *Sin Intento de Suicidio*, donde la primera corresponde a la ya conocida muestra Clínica con Intento de Suicidio (n= 57), y la segunda surge de la unión de las dos muestras restantes, Clínica sin Intento de Suicidio y Colegios (n= 120).

La Tabla 31 nos describe la relación entre las variables Neuroticismo (N) y la Extraversión (E) en las muestras Con Intento de Suicidio y Sin Intento de Suicidio, y lo hace a través de

la Correlación de Pearson que alcanza un valor de $-.282$, en el primer caso, y de $-.221$, en el segundo.

Ambas correlaciones negativas son significativas en el nivel de confianza del 0.05; y las dos relieves la relación inversa entre ambas variables (conforme una se incrementa, la otra disminuye).

4.4 EVALUACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan Ideas Irracionales diferentes en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.

Las tablas 8 y 9 detallan las Ideas Irracionales en las tres muestras bajo estudio (Clínica con Intento de Suicidio, Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio) y en la agrupación para dos condiciones según el Intento de Suicidio (Con Intento de Suicidio y Sin Intento de Suicidio), respectivamente.

En las tablas 10a y 10b podemos apreciar la existencia de diferencias muy significativas (0.01) para las siguientes Ideas Irracionales según las dos condiciones indicadas (Con y Sin Intento de Suicidio):

1. *“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”* (Subescala E).
2. *“Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”* (Subescala F).

En ambos casos los puntajes más elevados eran obtenidos por los sujetos de la muestra Con Intento de Suicidio, lo que las convierte en representativas de dicho grupo.

Asimismo, la Idea Irracional: *“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”* (Subescala D), alcanzó una significatividad llamativa ($p=.061$), siempre con un predominio en los sujetos Con Intento de Suicidio, que merece ser tomada en cuenta.

En las tablas 11a y 11b, referidas a la comparación entre las muestras Clínica con Intento de Suicidio y Colegios, encontramos diferencias muy significativas (0.01) para las siguientes Ideas Irracionales, nuevamente con un predominio en la muestra Clínica con Intento de Suicidio:

1. *“Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”* (Subescala C).
2. *“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”* (Subescala E).
3. *“Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”* (Subescala F).

Finalmente, en las tablas 12a y 12b, tenemos la comparación entre las muestras Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio, y podemos apreciar que se encontró una diferencia muy significativa (0.01) para la Idea Irracional siguiente, predominante en los sujetos de la muestra Clínica con Intento de Suicidio:

1. *“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”* (Subescala E).

En conclusión, la hipótesis que estamos considerando: *“Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan Ideas Irracionales diferentes en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos”*, debe ser aceptada, ya que se han verificado diferencias muy significativas (0.01) entre uno y otro grupo, en las

siguientes Ideas Irracionales, siempre con un predominio de ellas en los sujetos Con Intento de Suicidio:

1. *“Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”* (Subescala C).
2. *“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”* (Subescala E).
3. *“Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”* (Subescala F).

2. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan una mayor cantidad, estadísticamente significativa, de Ideas Irracionales en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.

Las tablas 6, 8 y 9 muestran los puntajes promedio Totales y por Subescalas del Registro de Opiniones (REGOPINA), que mide la presencia de Ideas Irracionales, en las tres muestras bajo estudio (Clínica con Intento de Suicidio, Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio) y en la agrupación para dos condiciones según el Intento de Suicidio (Con Intento de Suicidio y Sin Intento de Suicidio).

En las tablas 10a y 10b podemos apreciar la existencia de diferencias muy significativas (0.01) para el puntaje Total de REGOPINA, según las dos condiciones indicadas (Con y Sin Intento de Suicidio), donde los puntajes más elevados eran obtenidos por los sujetos de la muestra Con Intento de Suicidio.

En las tablas 11a y 11b, referidas a la comparación entre las muestras Clínica con Intento de Suicidio y Colegios, también encontramos diferencias muy significativas (0.01) para el puntaje Total de REGOPINA, nuevamente con un predominio en la muestra Clínica con Intento de Suicidio.

Finalmente, en las tablas 12a y 12b, tenemos la comparación entre las muestras Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio, y podemos apreciar que la diferencia para el puntaje Total de REGOPINA, una vez más en favor de la primera de ellas, sólo fue significativa al nivel 0.082.

En conclusión, la hipótesis que estamos considerando: *“Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan una mayor cantidad, estadísticamente significativa, de Ideas Irracionales en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos”*, debe ser aceptada, ya que se han verificado diferencias muy significativas (0.01) entre uno y otro grupo, para el puntaje promedio Total de REGOPINA entre las principales muestras bajo estudio, siempre con un predominio de los puntajes más elevados en los sujetos Con Intento de Suicidio.

3. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan características diferenciales en sus Dimensiones de la Personalidad en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.

En la tabla 5 observamos los porcentajes correspondientes a las categorías de temperamento que se obtienen con el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), en cada una de las tres muestras bajo estudio (Clínica con Intento de Suicidio, Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio). En la tabla 7 se aprecian los puntajes promedio en las Dimensiones de la Personalidad (Extraversión y Neuroticismo) obtenidas en las tres muestras.

Los resultados de ambas tablas indican que los sujetos de la muestra Clínica con Intento de Suicidio presentan un mayor porcentaje de individuos con temperamento Melancólico (50.9%), un menor nivel de Extraversión (12.81) y un mayor nivel de Neuroticismo (12.82) en comparación con las otras dos muestras. Sin embargo, las diferencias encontradas no alcanzan a ser significativas, lo que queda ilustrado en las tablas 10a y 10b, referidas a la agrupación para las dos condiciones principales, Con y Sin Intento de Suicidio; en las tablas 11a y 11b, que comparan las muestras Clínica con

Intento de Suicidio y Colegios ($p = .061$ para la Extraversión, a favor de la muestra Colegios); y en las tablas 12a y 12b, que ilustran la comparación entre las muestras Clínica con Intento de Suicidio y Clínica sin Intento de Suicidio ($p = .086$ para el Neuroticismo, con un predominio de los sujetos de la primera de estas muestras).

En conclusión, la hipótesis que estamos considerando: *“Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan características diferenciales en sus Dimensiones de la Personalidad en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos”*, debe ser rechazada, ya que aunque por un margen estrecho, no se han verificado diferencias estadísticamente significativas al respecto en las tres muestras bajo estudio.

HIPÓTESIS COMPLEMENTARIAS

4. La Extroversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio.

Las tablas 17a y 17b ilustran la relación entre las variables Ideas Irracionales (puntajes Totales de REGOPINA) y la Extraversión (E), donde observamos los resultados en REGOPINA dentro de las tres muestras estudiadas, según la condición de pertenecer a uno de dos grupos: sujetos con mayor Extraversión ($E \geq 13$) o sujetos con menor Extraversión ($E < 13$).

En la muestra Clínica con Intento de Suicidio, que es la relevante para esta hipótesis, el subgrupo con mayor Extraversión obtiene puntajes promedio inferiores en REGOPINA comparados con los que tienen menor Extraversión (28.71 y 30.96, respectivamente); no obstante, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En las tablas 20 y 29 se aprecia la correlación entre ambas variables en la muestra Clínica con Intento de Suicidio ($r = -.248$; $p = 0.062$), correlación que al ser negativa

indica una relación inversa entre las Ideas Irracionales y la Extraversión: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye; sin embargo, no alcanza el nivel de confianza del 0.05.

En conclusión, la hipótesis que estamos considerando: *“La Extroversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio”*, debe ser rechazada.

5. La Extroversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio.

Las tablas 17a y 17b ilustran la relación entre las variables Ideas Irracionales (puntajes Totales de REGOPINA) y la Extraversión (E), donde observamos los resultados en REGOPINA dentro de las tres muestras estudiadas, según la condición de pertenecer a uno de dos grupos: sujetos con mayor Extraversión ($E \geq 13$) o sujetos con menor Extraversión ($E < 13$).

En las muestras Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio, relevantes para esta hipótesis, el subgrupo con mayor Extraversión obtiene siempre puntajes promedio inferiores en REGOPINA comparados con los que tienen menor Extraversión (23.66 y 27.44, en Colegios; 26.00 y 29.78, en Clínica sin Intento de Suicidio); y en ambas muestras la diferencia fue significativa al nivel de confianza del 0.05.

En las tablas 21, 22 y 29 se aprecian las correlaciones entre ambas variables en las muestras Colegios ($r = -.214$), Clínica sin Intento de Suicidio ($r = -.316$), y Sin Intento de Suicidio (que es producto de la unión de las dos primeras, $r = -.277$); correlaciones que al ser negativas indican una relación inversa entre las Ideas Irracionales y la Extraversión: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye. En los dos últimos casos las correlaciones son significativas en los niveles de confianza del 0.05 y del 0.01, respectivamente.

En conclusión, la hipótesis que estamos considerando: *“La Extroversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio”*, debe ser aceptada, y en niveles de confianza muy significativos.

6. El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio.

Las tablas 18a y 18b ilustran la relación entre las variables Ideas Irracionales (puntajes Totales de REGOPINA) y el Neuroticismo (N), donde observamos los resultados en REGOPINA dentro de las tres muestras estudiadas, según la condición de pertenecer a uno de dos grupos: sujetos con mayor Neuroticismo ($N \geq 13$) o sujetos con menor Neuroticismo ($N < 13$).

En la muestra Clínica con Intento de Suicidio, que es la relevante para esta hipótesis, el subgrupo con mayor Neuroticismo obtiene puntajes promedio superiores en REGOPINA comparados con los que tienen menor Neuroticismo (31.45 y 27.71, respectivamente); y la diferencia es significativa al nivel de confianza del 0.05.

En las tablas 23 y 30 se aprecia la correlación entre ambas variables en la muestra Clínica con Intento de Suicidio ($r = .517$), que es significativa al nivel de confianza del 0.01, y que al ser positiva indica una relación directa entre las Ideas Irracionales y el Neuroticismo: cuando una de ellas aumenta o disminuye, la otra también aumenta o disminuye en paralelo.

En conclusión, la hipótesis que estamos considerando: *“El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio”*, debe ser aceptada, y en niveles de confianza muy significativos.

7. El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio.

Las tablas 18a y 18b ilustran la relación entre las variables Ideas Irracionales (puntajes Totales de REGOPINA) y el Neuroticismo (N), donde observamos los resultados en REGOPINA dentro de las tres muestras estudiadas, según la condición de pertenecer a uno de dos grupos: sujetos con mayor Neuroticismo ($N \geq 13$) o sujetos con menor Neuroticismo ($N < 13$).

En las muestras Colegios y Clínica sin Intento de Suicidio, relevantes para esta hipótesis, el subgrupo con mayor Neuroticismo obtiene siempre puntajes promedio superiores en REGOPINA comparados con los que tienen menor Neuroticismo (26.64 y 22.40, en Colegios; 30.74 y 25.92, en Clínica sin Intento de Suicidio); y en ambas muestras la diferencia fue significativa al nivel de confianza del 0.01.

En las tablas 24, 25 y 30 se aprecian las correlaciones entre ambas variables en las muestras Colegios ($r = .481$), Clínica sin Intento de Suicidio ($r = .318$), y Sin Intento de Suicidio (que es producto de la unión de las dos primeras, $r = .370$); correlaciones que al ser positivas indican una relación directa entre las Ideas Irracionales y el Neuroticismo: cuando una de ellas aumenta o disminuye, la otra también tiende a aumentar o disminuir en consecuencia. En los tres casos las correlaciones son significativas en los niveles de confianza del 0.01, 0.05 y 0.01, respectivamente.

En conclusión, la hipótesis que estamos considerando: *“El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio”*, debe ser aceptada, y en niveles de confianza muy significativos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Ideas Irracionales e Intentos de Suicidio en la Adolescencia

La relación entre estas dos variables es uno de los puntos centrales de la presente investigación, y se expresaba en las dos primeras hipótesis planteadas, a saber:

- 1. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan Ideas Irracionales diferentes en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.*
- 2. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan una mayor cantidad, estadísticamente significativa, de Ideas Irracionales en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.*

Ambas hipótesis resultaron aceptadas, y conllevan diversas implicancias saltantes. En primer lugar, el conjunto de Ideas Irracionales que diferencia a los Adolescentes con Intento de Suicidio comprende las siguientes tres ideas:

- 1. “Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada” (Subescala C).*
- 2. “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos” (Subescala E).*
- 3. “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” (Subescala F).*

Las tres se dan en mayor medida en los Adolescentes con Intento de Suicidio, y poseen un énfasis común en el notable peso que le asignan a los acontecimientos individuales, a los sucesos negativos que nos toca enfrentar; en ese sentido, son

reveladoras de un locus de control externo acompañado de una actitud fatalista sobre el propio destino, bastante evidente en las dos últimas de las ideas citadas. La victimización como postura asumida y sensación de desesperanza que conllevan es bastante evidente, y no es sorprendente que pudieran escalar con relativa facilidad hacia la eclosión de conductas disruptivas. En esa línea, se confirman los hallazgos señalados en la literatura sobre el tema (véase por ejemplo, Freeman & Reinecke, 1995; Galagarza, 2005; Oros, 2005; Quintanilla et al., 2006) y se precisa mejor el contexto en que suelen aparecer bajo la luz del enfoque racional emotivo.

Asimismo, en la primera (“*Ciertos actos...*”) se trasluce una visión elemental de castigo y revancha, basada en la expiación de las culpas antes que en la reparación del daño o en el aprendizaje a partir de nuestras faltas y errores, susceptible de tornarse en contra de uno mismo o de engendrar fricciones significativas en nuestros diversos campos de acción. La búsqueda de la “justicia” asentada en la identificación y sanción del “culpable”, puede potenciar que los inevitables desencuentros y conflictos, particularmente en la vida familiar y social, alcancen cotas muy elevadas de tensión y desgaste emocional que aumentan el nivel de riesgo de los adolescentes. La postura más adaptativa discrimina las conductas negativas de lo que representa el individuo que las ha efectuado, lo que no sucede en los que detentan esta idea irracional: se descalifica a la persona en forma global y generalizada.

En ese sentido, resulta interesante el hallazgo de una diferencia de género en relación con esta idea irracional, ya que en las dos muestras clínicas se encontró que las mujeres alcanzaban puntajes significativamente más elevados que sus pares varones, y bien puede ser este factor parte de la explicación de la conocida y universal mayor prevalencia de intentos de suicidio en las primeras. En ambas muestras también las féminas revelaban una mayor vigencia global de ideas irracionales que la observada en los hombres.

Las tres ideas consideradas son finalmente reveladoras de una visión sesgada y rígida de la realidad, y ponen de relieve la trascendencia de las cogniciones como esquemas, como mapas que conducen nuestro comportamiento de manera decisiva; hallazgo que respalda los asertos ya reseñados del enfoque cognitivo conductual sobre el suicidio (Freemann & Reinecke, 1995; Oros, 2005).

En segundo término, la mayor presencia de ideas irracionales en los adolescentes con intento de suicidio en comparación con los que no han tenido tales conductas desadaptativas (hipótesis 2), es congruente con lo esperado teóricamente: los desajustes significativos en el comportamiento marchan en paralelo con la vigencia de las ideas irracionales como mediadores cognitivos con la realidad.

Asimismo, también hemos confirmado que la variable edad, al menos dentro del rango comprendido en el estudio (14 a 18 años), no está relacionada con la mayor o menor presencia de ideas irracionales en ninguna de las muestras investigadas, por lo que podemos asumir que desde la adolescencia temprana ya nos acompaña un bagaje de cogniciones desadaptativas que tiende a ser bastante estable a lo largo de nuestra existencia, como había sido sugerido por los teóricos de este enfoque (Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977) y por una investigación previa en nuestro medio (Guzmán, 2009).

Por último, que en la muestra Clínica sin Intento de Suicidio se encuentre una mayor presencia de ideas irracionales en relación con la muestra Colegios, sugiere que la condición de hospitalización por sí misma, bien puede conllevar una carga adicional de estrés que se refleja en tal resultado; sin embargo, tampoco puede descartarse que una mayor vulnerabilidad previa de dichos sujetos relacionada con otros factores no precisados, sea la principal explicación de la eclosión de la morbilidad que los llevó al internamiento y de la vigencia de las ideas desadaptativas.

5.2 Dimensiones de la Personalidad e Intentos de Suicidio en la Adolescencia

La relación entre estas dos variables es también uno de los temas centrales del presente estudio y quedaba expresada en la hipótesis 3:

3. Los Adolescentes con Intento de Suicidio presentan características diferenciales en sus Dimensiones de la Personalidad en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos.

Esta hipótesis fue rechazada, ya que si bien los Adolescentes con Intento de Suicidio, de acuerdo con lo esperado teóricamente, presentaban un mayor nivel de Neuroticismo (N) y un menor nivel de Extraversión (E) que los Adolescentes sin Intento de Suicidio, las diferencias, en algunos casos por estrecho margen, no alcanzaron a ser significativas.

La interpretación de los puntajes de N y E en el grupo de Adolescentes con Intento de Suicidio los clasifica dentro de las categorías “Tendencia hacia la Inestabilidad” y “Tendencia hacia la Introversión”, correspondiéndoles el temperamento Melancólico. Este resultado coincide con lo señalado para nuestro medio en una investigación previa también con población suicida, aunque de edades superiores (Alvarado, 1995), y con reportes de investigaciones del exterior (Quintanilla et al., 2004; Quintanilla et al., 2006). No obstante, tal vez lo más destacable es que los dos grupos de control de Adolescentes sin Intento de Suicidio, también se ubicaban dentro de las mismas categorías de N y E, a pesar de sus puntajes menos extremos, e igualmente les correspondía un temperamento Melancólico.

La ausencia de diferencias en las Dimensiones de la Personalidad entre uno y otro grupo nos señala que ni el Neuroticismo ni la Extraversión pueden por sí mismos explicar una conducta compleja como es la suicida, determinada por la convergencia de distintos factores aún desconocidos y sólo medianamente percibidos; el nivel de generalización que está en la base conceptual de ambas Dimensiones de la

Personalidad las aleja de la especificidad que requerirá el potencial esclarecimiento de tales factores.

Asimismo, el resultado nos remite a la reiterada afirmación de los especialistas en el tema acerca de la inexistencia de una “personalidad suicida” (véase por ejemplo Freemann & Reinecke, 1995; Ruiz et al., 2001; Jiménez & González-Forteza, 2003; Casullo, 2004). Es cierto que el temperamento Melancólico (alto N y bajo E) vuelve a relacionarse con una mayor predisposición para la aparición de problemas emocionales, pero de ninguna manera podemos reducir el tema que nos ocupa, ni otros muchos que forman parte de los desajustes y trastornos en la afectividad y el comportamiento de las personas, al mismo. Los otros temperamentos -Colérico, Sanguíneo y Flemático- como es natural, no están del todo exentos de cobijarlos, en particular el primero de estos.

Habría que explorar otras variables y vertientes en futuras investigaciones, pudiendo ser una de ellas *la impulsividad*, que parece ser un factor más significativo de lo que se cree en la irrupción de la conducta suicida en los adolescentes, habiéndose reportado que tal característica triplica el riesgo de tener un intento suicida (González-Forteza et al., 2003; Bella et al., 2010). En una investigación en nuestro medio (Torres, 2007) efectuada en adolescentes y jóvenes se encontró un dato muy sugerente: el 65% de ellos tomó la decisión de quitarse la vida dentro de un lapso de tiempo menor a las tres horas antes del intento. Se ha sugerido un modelo (Gray, 1982; citado en Oblitas, 2010) en el que la impulsividad se relaciona con las dimensiones de la personalidad: puntajes altos en N y en E (temperamento colérico), pero esa posibilidad ya nos colocaría dentro de un escenario diferente debido a que no es el tipo de condición que predomina dentro de la población con conducta suicida, y seguir dicho camino nos llevaría eventualmente hacia hallazgos muy restringidos. Tal vez las mejores posibilidades residan en desarrollar una medida de la impulsividad independiente del modelo de Eysenck, y sólo en un segundo momento verificar un tipo de asociación con las dimensiones de la personalidad.

Asimismo, poder considerar otras variables que tengan que ver con las *características de la familia* (como la cohesión y la adaptación, por ejemplo) o con *aspectos ideológicos y culturales del medio social*, que también es muy factible que modulen la aparición de la conducta suicida, enriquecería el panorama del tema que nos ocupa.

Por otra parte, los resultados en las tres muestras revelan diferencias de género, con un nivel más alto de Neuroticismo en las mujeres, que corroboran hallazgos previos (ver por ejemplo, Anicama, 1974; Pérez & Urquijo, 2002) que las ubican como más sujetas a vivenciar y expresar una mayor labilidad emocional, que bien puede ser uno de los ingredientes que contribuyen a la universal superior prevalencia de los intentos de suicidio en las féminas de todas las culturas. Igualmente, se observó una tendencia hacia un mayor nivel de Extraversión en los varones pero la diferencia no alcanzó a ser significativa, resultado que también concuerda con los mencionados por la literatura especializada (Anicama, 1974; Pérez & Urquijo, 2002).

Finalmente, es pertinente mencionar que se encontró una correlación negativa significativa entre el Neuroticismo y la Extraversión en las dos muestras clínicas (Con y Sin Intento de Suicidio), hecho que pudiera inicialmente sorprender ya que teóricamente ambas dimensiones son ortogonales entre sí (independientes) y no tendrían que tener ninguna asociación importante. Sin embargo, este hallazgo no es nuevo en la literatura sobre el tema (Quintanilla et al., 2004) y estaría relacionado con la mayor amplitud de la dispersión de los puntajes en las poblaciones clínicas; en ese sentido, que en la muestra Colegios (adolescentes “normales”) la correlación entre N y E sea prácticamente nula apuntaría a confirmar esta impresión.

5.3 Ideas Irracionales y Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes con y sin Intento de Suicidio

La relación existente entre las Ideas Irracionales y las Dimensiones de la Personalidad en los adolescentes con y sin Intento de Suicidio cubría un objetivo

adicional del presente estudio, reflejado en las hipótesis complementarias establecidas que serán consideradas en los apartados siguientes (les hemos añadido la correlación correspondiente encontrada en cada caso).

Extraversión e Ideas Irracionales

4. La Extraversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio. (r= -.248; n.s.)

5. La Extraversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio. (r= -.277)

Sólo se verificó la hipótesis 5, ya que en la 4 la correlación no alcanzó a ser significativa ($p= 0.06$); no obstante, más allá de la fortaleza de la asociación entre ambas variables (Ideas Irracionales y Extraversión) en muestras específicas, tenemos una razonable certeza de su existencia y de su dirección inversa: una mayor Extraversión usualmente se acompañará de una menor presencia de Ideas Irracionales, y viceversa, de manera que es dable esperar que los introvertidos presenten, como grupo, una mayor cantidad de ideas desadaptativas y autoderrotantes que sus pares extrovertidos.

La evaluación de los resultados cuando las tres muestras se dividieron entre los sujetos con alta y baja Extraversión (ver tablas 17a y 17b del Capítulo IV) refuerzan la asociación mencionada: en los tres grupos los sujetos con menor Extraversión (introvertidos) obtuvieron los puntajes más altos en Ideas Irracionales, y en dos de ellos las diferencias fueron significativas.

En general, este resultado confirma un hallazgo previo en una muestra mixta de jóvenes desligados del tema de la conducta suicida (Guzmán, 1994), donde la correlación fue inclusive más elevada ($r= -.42$), y ya nos permite afirmar con mayor fundamento que existe una relación sustantiva entre la Extraversión y las Ideas

Irracionales, vigente en poblaciones clínicas y normales, aunque reste esclarecer qué rasgos de dicha dimensión la alimentan.

¿Qué características de los introvertidos los hace propensos al desarrollo (aprehensión) y preservación de Ideas irracionales? Hasta que se pueda responder esta interrogante con estudios más específicos, nos inclinamos a considerar que la mayor facilidad para establecer condicionamientos, y la mayor fortaleza y vigencia de los mismos observada en los introvertidos, son parte de los elementos a tener en cuenta en la probable explicación. Desde que venimos al mundo el medio familiar y social abunda en mensajes verbales y comportamientos que privilegian las exigencias arbitrarias, las generalizaciones sin sustento y las personalizaciones inconducentes, entre otras distorsiones de pensamiento bastante conocidas en el área clínica y de la salud (Oblitas et al., 2010). El lenguaje cotidiano es un vehículo permanente de adoctrinamiento en ese sentido, y las personas introvertidas serán más susceptibles desde muy corta edad a la asimilación y desarrollo de tales pautas disfuncionales de percepción de la realidad.

En segundo término, el reconocido apego de los introvertidos al mantenimiento de sus rutinas, a la evitación de estímulos novedosos o que impliquen cambios en sus costumbres cotidianas, a la persistencia en sus puntos de vista y pautas de comportamiento, puede con relativa facilidad devenir en rigidez y exagerada seriedad en sus contactos con personas, instituciones y su medio social.

El darle una importancia extrema a los sucesos de cada día ha sido señalado en la literatura especializada como un factor significativo en la prevalencia de ideas irracionales, y eso es exactamente lo que tienden a realizar los introvertidos, quienes se toman muy en serio y se preocupan demasiado por distintos sucesos que sus pares extrovertidos apenas sí les dan alguna consideración, que en cualquier caso luego disminuye rápidamente, sin quedar marcados por dichos hechos como sí es más factible que ocurra con los introvertidos. Al respecto, es bastante ilustrativa la siguiente cita (Ellis & Grieger, 1977, p 277):

“De cualquier forma que se presente, la psicopatología consiste en tomar demasiado en serio no sólo la vida sino también a nosotros mismos: exigiendo que debemos conseguir exactamente lo que queremos; concluyendo que es trágico cuando nuestros deseos se ven frustrados o aplazados; juzgando que nosotros y los demás somos demonios o dioses según la forma de actuar buena o mala. (...) una de las finalidades más importantes de la psicoterapia es socavar la excesiva seriedad de las personas.”

El ser en parte y apropiadamente superficial y despreocupado parece ser una cualidad significativa en el tema de la salud y el bienestar psicológico a la que no se le suele dar la importancia que merece; naturalmente, siempre y cuando sea balanceada con los añadidos de responsabilidad y buen criterio indispensables en la interacción con un medio tan complejo como el que nos toca enfrentar en el siglo XXI.

Igualmente, se ha encontrado que los extrovertidos poseen un estilo de afrontamiento en el que recurren en mayor medida a estrategias de *solución de problemas* y de *búsqueda de soporte social* (Quintanilla et al., 2006), que sin duda favorecen su adaptación. Por último, también es apropiado recordar que la literatura especializada menciona una correlación negativa significativa entre E y depresión (Pérez & Urquijo, 2002); y que los estudios de psicología positiva, incluyendo los efectuados en nuestro medio, han encontrado una correlación alta, directa y significativa entre la felicidad y E (Alarcón, 2006).

Neuroticismo e Ideas Irracionales

6. El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes con Intento de Suicidio. ($r = .517$)

7. El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en los Adolescentes sin Intento de Suicidio. ($r = .370$)

Estas dos hipótesis finales se vieron confirmadas plenamente a través de correlaciones positivas muy significativas en las dos muestras, y no hay duda que estas dos variables guardan una correspondencia directa y ambas tienden a aumentar o a disminuir en forma simultánea.

La evaluación de los resultados cuando las tres muestras se dividieron entre los sujetos con alto y bajo Neuroticismo (ver tablas 18a y 18b del Capítulo IV) confirman la asociación mencionada: en los tres grupos los sujetos con mayor Neuroticismo obtuvieron los puntajes más altos en Ideas Irracionales, y en todos los casos las diferencias fueron significativas en relación con los alcanzados por los sujetos con menor Neuroticismo.

Desde la formulación del modelo Eysenckiano se consideraba que el elevado Neuroticismo (N) implicaba la emergencia de vivencias emocionales desmedidas que se reflejan en problemas de adaptación al medio. Un nutrido cuerpo de evidencias así lo ha confirmado (Eysenck, 1967; Amelang & Bartussek, 1981; Ugarriza, 1999; Anicama, 2010), y los resultados que comentamos se inscriben como un añadido al esclarecimiento de las vías cognitivas de expresión de N, ya que asumiendo el paradigma de la interacción permanente entre emoción, pensamiento y conducta, las ideas irracionales conformarían los conceptos que “traducen en palabras”, acompañan y también alimentan, la intensidad e inestabilidad afectiva a la que alude N, y que calzan bastante bien con las características conocidas de las personas que obtienen altos niveles en ella: limitada tolerancia con las frustraciones y el estrés, dependencia del entorno, preocupación, incertidumbre y escasa objetividad en la evaluación de la conducta propia y ajena, precaria autoestima y presencia de indicadores de ansiedad y cólera.

Todas las características recién enumeradas y propias de un elevado N, también suelen ser representativas de las personas sometidas a un fuerte influjo de ideas disfuncionales (Ellis & Harper, 1975), de manera que hay una imbricación muy clara entre ambas variables, donde sin perder naturalmente su identidad ni la de los

conceptos teóricos sobre los que se han construido y las implicancias que cada una conlleva, tendríamos que las estructuras biológicas postuladas como base de N (principalmente el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo) encuentran de algún modo expresión y reciben a su vez el influjo de los esquemas cognitivos irracionales, responsables de una buena parte de los sufrimientos afectivos y comportamentales de los seres humanos y que, como hemos comentado, también jugarían un papel significativo en la conducta suicida. En esa línea, es pertinente recordar que N ha sido comprobadamente correlacionado en forma directa con la depresión en menores (Pérez & Urquijo, 2002) y en sentido inverso con la felicidad (Alarcón, 2006).

Los resultados del estudio acerca de la asociación directa entre N y las ideas irracionales también confirman un hallazgo previo en grupos de jóvenes estudiantes y pacientes desligados del tema de la autoeliminación (Guzmán, 1994), donde se alcanzaron correlaciones semejantes; asimismo, es de suponer como se demostró en aquella ocasión, que si se hubiera incluido una medida independiente del nivel de ajuste y adaptación en las áreas básicas de los sujetos que conformaron las muestras examinadas, también habríamos encontrado una relación con las variables estudiadas ya que guardan una correspondencia teórica sobre cuya congruencia hay un respaldo de datos empíricos: las ideas irracionales son un fuerte predictor de inestabilidad emotiva (N) y de desajustes en la interacción con el medio social.

5.4 Conclusiones

1. Los adolescentes con intento de suicidio presentan una mayor cantidad de ideas irracionales en comparación con los adolescentes que no han realizado tales intentos.
2. Los adolescentes con intento de suicidio difieren de los que no presentan tal antecedente en la mayor vigencia de las siguientes tres ideas irracionales:

- ❖ *“Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”.*
- ❖ *“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”.*
- ❖ *“Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”.*

3. Existen diferencias de género en las muestras clínicas con una mayor presencia de ideas irracionales en las mujeres, quienes también presentan en mayor medida que sus pares masculinos la siguiente idea irracional específica:

- ❖ *“Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”.*

Estas diferencias de género no se presentaron en la muestra proveniente de los colegios.

4. La variable edad no está relacionada con la mayor o menor presencia de ideas irracionales. Desde la adolescencia temprana ya nos acompaña un bagaje de cogniciones desadaptativas que tiende a ser bastante estable en el futuro.
5. Los Adolescentes con Intento de Suicidio no presentan características diferenciales en sus Dimensiones de la Personalidad en comparación con los Adolescentes que no han cometido tales intentos. Los mayores niveles en N (Tendencia hacia la inestabilidad) y menores niveles en E (Tendencia hacia la introversión), obtenidos por los primeros, no llegaron a diferenciarse de modo significativo de los alcanzados por los segundos. Ambos grupos de adolescentes alcanzan puntajes promedios en N y E que los enmarcan dentro del temperamento Melancólico.

6. Existen diferencias de género para el Neuroticismo, con niveles más elevados en las adolescentes en relación con sus pares varones. Las diferencias en Extraversión en favor de estos últimos no llegaron a ser significativas.
7. El Neuroticismo y la Extraversión presentan una correlación negativa significativa en las dos muestras clínicas, mas no en la de colegios.
8. La Extraversión se correlaciona en forma negativa con las Ideas Irracionales en los adolescentes sin intento de suicidio ($r = -.277$). En los adolescentes con intento de suicidio la asociación no fue significativa ($r = -.248$; $p = 0.062$).
9. El Neuroticismo se correlaciona en forma positiva con las Ideas Irracionales en ambos grupos de adolescentes, con y sin intento de suicidio ($r = .517$ y $.370$, respectivamente).
10. Las ideas irracionales están fuertemente asociadas con la inestabilidad emotiva (N) y la presencia de desajustes personales y de adaptación con el medio social, incluyendo la emergencia de conducta suicida.

5.5 Recomendaciones

1. Replicar y ampliar en los aspectos que se considere pertinente los temas planteados por el presente estudio, en otros escenarios, con muestras de mayor tamaño, seleccionadas con criterios más rigurosos y que abarquen una mayor extensión de edades. Es importante verificar los hallazgos, esclarecer distintos tópicos sugeridos y ver en qué medida pueden extenderse hacia poblaciones adultas y de otras condiciones ambientales, sociales y económicas.
2. Realizar estudios dirigidos a precisar en mayor detalle los escenarios, las actitudes y, en particular, las cogniciones de los adolescentes que presentan

conducta suicida; explorar la importancia que la variable impulsividad pueda estar jugando en su eclosión. Igualmente, ver la influencia de otras variables pertinentes en relación con la familia y la ideología propia de la cultura vigente en el medio social investigado.

3. Desarrollar y aplicar en colegios, institutos, universidades y centros comunales de reunión de adolescentes y jóvenes (clubes deportivos y locales dirigidos hacia ellos en los municipios, por ejemplo), un programa de prevención centrado en la detección temprana de aquellos que evidencien no sólo los factores de riesgo tradicionales, sino los detectados en la presente investigación en relación con las ideas irracionales. Este es un terreno que reclama la participación inexcusable de psicólogos capacitados y comprometidos con el tema, donde aumentar la sensibilización de la comunidad sobre el mismo y propiciar la educación de los padres también serán tareas relevantes.
4. Establecer igualmente, en los sitios indicados líneas arriba, un programa de promoción de la salud psicológica en niños, adolescentes y jóvenes (o reforzar los ya existentes) con actividades propias según la edad; cuidando de incluir temas de desarrollo personal que comprendan, entre otros, el reconocimiento y manejo apropiado de emociones (hostilidad, cólera, tristeza, temores) basándose en los hallazgos y aportes del modelo cognitivo-conductual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. (1996). *Test Psicológicos y evaluación*. México: Prentice Hall.
- Alarcón, R. (1962). *Inventario de Adaptación Personal de Hugh Bell*. Lima: s.ed.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, Abril 2006, 40 (1).
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma/Editorial Universitaria.
- Albores-gallo, L., Márquez-Caraveo, M. & Estañol, B. (2003). ¿Qué es el Temperamento? El Retorno de un Concepto Ancestral. *Salud Mental*, Junio, 26 (3) 16-26.
- Alegre, C. (1999). *Factores de Riesgo Asociados al Intento de Suicidio*. Tesis de Título de Especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Aliaga, J. (2006). Psicometría: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez, en Quintana, A. & Montgomery, W. (Eds): *Psicología. Tópicos de actualidad*. Lima: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Alvarado, E. (1995). *Intento de suicidio y su correlación con los trastornos de personalidad*. Tesis de Título de Especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1981). *Psicología diferencial e investigación de la personalidad*. Barcelona: Herder, 1986.
- Anicama, J. (1974). *Estandarización de la prueba de Eysenck en diferentes sectores poblacionales de Lima*. Tesis de Bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica*. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal y Asamblea Nacional de Rectores.
- Anticona, C., Uscata, L., Fuentes, M., & Aguirre, E. (1999). Epidemiología del Intento de Suicidio: Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera. *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1) 11-22.

- APP: Asociación Psiquiátrica Peruana (2011, 18 de Setiembre). Citado en “En lo que va del año se suicidaron 188 personas”. *El Comercio*, pp. a4-a5.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983.
- Bella, M., Fernández, R. & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de pediatría* 2010, 108(2) 124-129.
- Campos, V. (s.f.). *Suicidios (Perú)*. Extraído el 26 de Enero del 2011 desde <http://www.monografias.com/trabajos71/suicidios-peru/suicidios-peru.shtml>.
- Castañeda, G. (1983). *Estudio Clínico de 18 Casos de Intento de Suicidio en el Hospital General Base Cayetano Heredia*. Tesis de Bachiller en Medicina. Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima.
- Castro, P., Orbegoso, O. & Tinoco, P. (2005). *Caracterización del Paciente con Intento de Suicidio en el Hospital José Agurto Tello de Chosica 1995-2004*. (Comunicación personal).
- Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *XII Anuario de Investigaciones/Año 2004*: 173-182. Facultad de Psicología, Secretaría de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires.
- Cruz, F. & Roa, V. (2005). *Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile.
- Davis, M., McKay, M. & Eshelman, E. (1982). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- Durand, D. (1999). *Estudio descriptivo del Intento de Suicidio y la Prevalencia del Episodio Depresivo Mayor Actual en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital General Arzobispo Loayza*. Tesis de Título de Médico Cirujano. Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima.
- Eggert, D. (1974). *Eysenck-Personlichkeits-Inventar*. Hogrefe, Gotinga. Citado por Amelang & Bartussek, 1981.

- Ellis, A. (1958). Racional Psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 1958, 59; artículo transcrito en Millon, T.(1973): *Psicopatología y Personalidad*. México: Interamericana, 1974.
- Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1980.
- Ellis, A. & Chip, R. (1987). *How to Control Your Anger Before It Controls You*. New York: Citadel Press Kensington.
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *The Practice of Rational Emotive Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1977). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1981.
- Ellis, A. & Harper, R. (1975). *A New Guide to Rational Living*. Hollywood: Wilshire Book Company.
- Escurre, L. (1988). Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. *Revista de Psicología*, 6 (1-2) 103-111.
- Eysenck, H. (1967). *Fundamentos Biológicos de la Personalidad*. Barcelona: Fontanella, 1978.
- Eysenck, H. & Eysenck, S. (1968). *The manual to the Eysenck Personality Inventory*, San Diego, Educational and Industrial Testing Service. Citado por Amelang y Bartussek, 1981.
- Eysenck, H. & Eysenck, M. (1981). *La Máquina de la Mente*. Madrid: Anaya, 1982.
- Galagarza, L. (2005). *Locus de control y riesgo suicida en adolescentes*. Tesis de Grado de Psicología. Universidad Católica de Santa María, Arequipa.
- Guibert, W. (2002). La Promoción de Salud ante el Suicidio. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2002, 18 (1) 33-45.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Juárez F., Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental*, 20(4), Diciembre de 1997. México.

- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. & Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3), Junio de 1998. México.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4) 524-532. Oviedo.
- Guzmán, P. (1988). *El Registro de Opiniones de Davis, McKay y Eshelman modificado*. Manuscrito no publicado.
- Guzmán, P. (1994). *Pensamiento Irracional, dimensiones de la personalidad y adaptación al medio. Un estudio en pacientes y estudiantes*. Manuscrito no publicado.
- Guzmán, P. (2009). *El Registro de Opiniones Forma A (REGOPINA)*. Manuscrito no publicado.
- Hogan, M. (2007). *SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit*. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York.
- Hurlock (1994). Citado por CHUMPITAZI, R., Crecimiento, Desarrollo y Salud, *Módulo I del Curso de Capacitación en Orientación y Consejería para la Intervención Temprana en Adolescentes*. Lima: s.ed., 2002.
- INEI (2007). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. Extraído el 29 de Marzo del 2010 desde <http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/IndDem/>
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; XVIII (1-2). Lima.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2004). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2004; XIX (1-2). Lima.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2005). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2005; XXI (1-2). Lima.

- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2006). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2006; XXII (1-2). Lima.
- Jiménez, A. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigaciones sobre Suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6) 35-46. México.
- León, O. & Rodríguez, V. (1989). Eventos vitales y variables de personalidad en el intento de suicidio. *Revista de Neuropsiquiatría*, Marzo 1989, 52(1) 56-64.
- Lévano, J. (2003). *El Patrón de Conducta Tipo A y Tipo B y los Estilos de Afrontamiento al Estrés en una Muestra de Personal Militar*. Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Psicología; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Llanes, M. (2006). *La teoría de Eysenck y sus implicaciones en el deporte*. Extraído el 8 de Febrero del 2013 desde <http://www.monografias.com/trabajos39/teoria-eysenck-deporte/teoria-eysenck-deporte.shtml>
- Mahoney, M. (1974). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas, 1983.
- McKay, M.; Davis, M. & Fanning, P. (1981). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- Merani, A. (1979). *Diccionario de Psicología* (2da ed.). Barcelona: Grijalbo.
- Merck (1997). *Manual Merck de Información Médica*. Barcelona: Océano, 2000.
- MINSa (2005). *Lineamientos de política de salud para los/las adolescentes*. Lima: Autor.
- Mori, P. (2002). *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental: sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos del sexto grado*. Tesis para optar el grado de Doctor en Psicología. Universidad Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Mosquera del Águila (2003). *Perfil Epidemiológico de Pacientes Hospitalizados por Intento de Suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán durante Febrero*

- 2000-Enero 2001. Tesis de Título Profesional de Especialista en Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Oct/Dic 2006*, 23(4) 239-246. Lima.
- Oblitas, L. et al. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3ra ed.). México: CENGAGE learning.
- OMS (1993), División de la Salud de la Familia. Programa de Adolescentes. *Capacitación para orientar adolescentes en sexualidad y salud reproductiva*. Ginebra: Autor.
- OMS (2001). *Suicide prevention documents (SUPRE)*. Ginebra : Autor.
- OPS (2007). *Prevención de violencia que afecta a jóvenes y adolescentes de América Latina. Módulo 5*. Autor.
- Oros, L. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de psicología*, 21(2) 294-303. Murcia.
- Papalia, D.; Olds, S. & Feldman, R. (2002). *Psicología del Desarrollo* (9na ed.). México: McGraw-Hill Interamericana, 2005.
- Pérez, M. & Urquijo, S. (2002). Rasgos de personalidad y depresión en adolescentes. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. *Interpsiquis 2002*. Mar del Plata.
- Quintana, A. (2009). *Selección o Construcción de un Instrumento de Medición en Ciencias Sociales y Humanas. Una perspectiva Psicométrica: Validez y confiabilidad*. Manuscrito de uso universitario no publicado.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Gonzales, J., Vega, J., Flores, L., Celis, A. & Valencia, S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud. Agosto*, 6(2) 108-113. Guadalajara.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Vega, J. & Flores, L. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y Salud. Julio-Diciembre*, 16(2) 139-147. México.

- Reyes, H. (2008). *El Comportamiento Suicida y su relación con el Autoconcepto y la Depresión en los Adolescentes*. Extraído el 31 de Enero del 2011 desde <http://sopac-leon.com/soppac/Articulos%5Cectorreyes.pdf>
- Rivas, A. (2009). *Tipos de Sistema Familiar y Riesgo Suicida en Adolescentes*. Extraído el 24 de Enero del 2011 desde <http://www.monografias.com/trabajos65/riesgo-suicida-adolescentes/riesgo-suicida-adolescentes3.shtml>
- Ruiz, J., Riquelme, A. & Buendía, J. (2001). Construcción de un indicador del riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con alta sintomatología depresiva. *Psiquis*, 2001; 22(3). Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Sánchez, H. & Reyes, C. (1987). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: s.ed.
- Sánchez, H. (2001). *El Plan de Investigación en la Elaboración de la Tesis Universitaria*. Lima: Visión Universitaria, Serie Universitaria N°01.
- Schmidt, V. (2010). Las Bases Biológicas del Neuroticismo y la Extraversión ¿Por qué nos comportamos como lo hacemos? *Revista Psiencia* 2010, 2(1) 20-25.
- Solís, C. (2005). Características Sociodemográficas y de Personalidad en una muestra de Pacientes Hospitalizados con Intento de Suicidio. *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2) 33-43. Lima.
- Torres, J. (2007). *Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida*. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Ugarriza, N. (1995). Tipo de familia y comunicación de los adolescentes con sus padres. *Teorema*, 4(6), 58-60. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ugarriza, N. (1999). Neuroticismo, expresiones emocionales y percepción de la violencia en escolares. *Persona* 2, 1999, 79-110. Lima: Universidad de Lima.

- Vásquez, F. (2003). Urge analizar y buscar explicaciones a suicidio en niños y adolescentes. *Gestión Médica*, Lunes 20 al domingo 26 de enero del 2003, Lima, Año 8.
- Vásquez, F. (2011). Programa de Prevención del Suicidio del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, citado en “En lo que va del año se suicidaron 188 personas”. *El Comercio*, Domingo 18 de Setiembre del 2011, a4-a5, Lima.
- Vílchez, L. (2000). Relación entre Red Social e Intentos Suicidas en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia de un Hospital Psiquiátrico. *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1) 33-50. Lima.
- Watkins, D., McInerney, D., Lee, C., AkandE, A. & Regmi, M. (2001). Motivation and learning strategies. A cross-cultural perspective. En McInerney, D. y Van Etten, A.: *Research on socio-cultural influences on motivation and learning*; Volumen 2, Greenwich.

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

REGISTRO DE OPINIONES

(REGOPINA)

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Señale si considera verdadera (V) o falsa (F) cada afirmación. Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.
2. Odio equivocarme en algo.
3. La gente que se equivoca, debe recibir su merecido.
4. Generalmente, acepto los acontecimientos desagradables con tranquilidad.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
6. “Árbol que crece torcido, nunca su tronco endereza”.
7. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo que sentirme obligado a manifestar respeto a nadie.
8. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
9. Las personas malas deben ser castigadas.
10. Las frustraciones y decepciones no me perturban.
11. A la gente no la trastornan los acontecimientos sino la imagen que tienen de estos.
12. Es casi imposible superar la influencia del pasado.
13. Quiero gustar a todo el mundo.
14. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
15. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
16. Las cosas deberían ser distintas a como son.
17. Yo mismo provoqué mi propio mal humor.
18. Si algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.
19. Me puedo gustar a mí mismo, aun cuando no le guste a los demás.
20. Me gustaría triunfar en algo, pero pienso que no estoy obligado a hacerlo.
21. La inmoralidad debería castigarse severamente.
22. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
23. Las personas desdichadas, generalmente, se provocan ese estado a sí mismas.
24. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
25. Si no le gusta a los demás es su problema, no el mío.
26. Para mí es extremadamente importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.
27. Pocas veces culpo a la gente por sus errores.
28. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.

29. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.
30. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
31. Creo que es difícil ir en contra de lo que piensan los demás.
32. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas.
33. El miedo al castigo es lo que hace que la gente sea buena.
34. Si las cosas me desagradan, elijo ignorarlas.
35. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.
36. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
37. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no la necesito realmente.
38. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
39. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
40. Hago todo lo que puedo para conseguir lo que quiero; y después, dejo de preocuparme.
41. Nada es perturbador por sí mismo; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.
42. Somos esclavos de nuestro pasado.
43. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
44. Me trastorna cometer errores.
45. No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.
46. Yo disfruto tranquilamente de la vida.
47. No puedo evitar sentirme muy alterado ante ciertos hechos.
48. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
49. Usualmente me preocupo mucho por lo que la gente piensa de mí.
50. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
51. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
52. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver para alcanzarlas.
53. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
54. Básicamente, la gente nunca cambia.
55. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.
56. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
57. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
58. Raras veces me perturban los errores de los demás.
59. El hombre construye su propio infierno interior.
60. No miro atrás con resentimiento.
61. Si cometo un error lo acepto con tranquilidad.
62. Los acontecimientos negativos pueden ser superados.
63. Hay gente que me altera el humor.
64. Acepto con calma que otros sean mejores que yo en algo.
65. Hay tristezas que jamás se superan.

HOJA DE RESPUESTA DEL REGISTRO DE OPINIONES

Nombre Edad
 Grado de Instrucción Estado Civil
 Ocupación Fecha
 Otros

A	B	C	D	E	F
V 1 F	V 2 F	V 3 F	V 4 F	V 5 F	V 6 F
V 7 F	V 8 F	V 9 F	V 10 F	V 11 F	V 12 F
V 13 F	V 14 F	V 15 F	V 16 F	V 17 F	V 18 F
V 19 F	V 20 F	V 21 F	V 22 F	V 23 F	V 24 F
V 25 F	V 26 F	V 27 F	V 28 F	V 29 F	V 30 F
V 31 F	V 32 F	V 33 F	V 34 F	V 35 F	V 36 F
V 37 F	V 38 F	V 39 F	V 40 F	V 41 F	V 42 F
V 43 F	V 44 F	V 45 F	V 46 F	V 47 F	V 48 F
V 49 F	V 50 F	V 51 F	V 52 F	V 53 F	V 54 F
V 55 F	V 56 F	V 57 F	V 58 F	V 59 F	V 60 F
V 61 F	V 62 F	V 63 F	V 64 F	V 65 F	
(2)	(12)	(17)	(38)	(53)	

TOTALES: () A
 () B
 () C
 () D
 () E
 () F

Consistencia: 0 - 2 : B ()
 3 : R ()
 4 - 5 : M ()

GRAN TOTAL:

APRECIACIÓN:

.....

**DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO A TRAVÉS DEL
COEFICIENTE V DE AIKEN**

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POR JUECES DE REGOPINA

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6		Acuerdos	V de Aiken
1. Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.									
1	1	1	1	1	1	1		6	1.00
7	1	1	1	1	1	1		6	1.00
13	1	1	1	1	1	1		6	1.00
19	1	0	1	1	1	1		5	0.83
25	1	1	1	1	1	1		6	1.00
31	1	0	1	1	1	1		5	0.83
37	1	1	1	1	1	1		6	1.00
43	1	1	1	1	0	1		5	0.83
49	1	1	1	1	1	1		6	1.00
55	1	1	1	1	1	1		6	1.00
n=10								Total V	0.95
2. Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.									
2	1	1	1	1	1	1		6	1.00
8	1	1	1	1	1	1		6	1.00
14	1	1	1	1	1	1		6	1.00
20	1	1	1	1	1	1		6	1.00
26	1	1	1	1	1	1		6	1.00
32	1	1	1	1	1	1		6	1.00
38	1	1	1	1	1	1		6	1.00
44	1	0	1	1	1	1		5	0.83
50	1	1	1	1	1	1		6	1.00
56	1	1	1	1	1	1		6	1.00
n=10								Total V	0.98
3. Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.									
3	1	1	1	1	1	1		6	1.00
9	0	0	1	1	1	1		4	0.67
15	1	1	1	1	1	1		6	1.00
21	1	1	1	1	1	1		6	1.00
27	1	1	1	1	1	1		6	1.00
33	1	0	1	1	1	1		5	0.83
39	1	1	1	1	1	1		6	1.00
45	1	1	1	1	1	1		6	1.00
51	1	1	1	1	1	1		6	1.00
57	1	1	1	1	1	1		6	1.00
n=10								Total V	0.95

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6		Acuerdos	V de Aiken
4. Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.									
4	1	1	1	1	1	1		6	1.00
10	1	1	1	1	1	1		6	1.00
16	1	1	1	1	1	1		6	1.00
22	1	1	1	1	1	1		6	1.00
28	1	1	1	1	1	1		6	1.00
34	1	1	1	1	1	1		6	1.00
40	1	0	1	0	1	1		4	0.67
46	1	1	1	1	1	1		6	1.00
52	0	0	1	1	1	1		4	0.67
58	1	1	1	1	1	1		6	1.00
n=10								Total V	0.93
5. La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.									
5	1	1	1	1	1	1		6	1.00
11	1	1	1	1	1	1		6	1.00
17	1	1	1	1	1	1		6	1.00
23	1	0	1	1	0	1		4	0.67
29	1	1	1	1	1	1		6	1.00
35	1	1	1	1	1	1		6	1.00
41	0	0	1	1	1	1		4	0.67
47	1	1	1	0	1	1		5	0.83
53	1	1	1	1	1	1		6	1.00
59	1	1	1	1	1	1		6	1.00
n=10								Total V	0.92
6. Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando.									
6	1	1	1	1	1	1		6	1.00
12	1	1	1	1	1	1		6	1.00
18	1	1	1	1	1	1		6	1.00
24	1	1	1	0	1	1		5	0.83
30	1	1	1	1	1	1		6	1.00
36	1	1	1	1	1	1		6	1.00
42	1	1	1	1	1	1		6	1.00
48	1	1	1	1	1	1		6	1.00
54	1	1	1	1	1	1		6	1.00
60	1	1	1	1	1	1		6	1.00
n=10								Total V	0.98

Coeficiente V de Aiken para toda la prueba = 0.95

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPI)-FORMA B

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Aquí tiene algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un “SI” o con un “NO” según sea su caso.

Trate de decir si “SI” o “NO” representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna “SI” o “NO” de su hoja de respuestas.

Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado. Asegúrese de no omitir alguna pregunta. No hay contestaciones “correctas” ni “incorrectas”; éste no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista, “a la mano”, cuando la gente le habla?
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
5. ¿Permanece usualmente retraído(a) en fiestas y reuniones?
6. Cuando era niño(a) ¿hacía siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
7. ¿Se enfada o molesta a menudo?
8. Cuando lo(a) meten a una pelea, ¿prefiere “sacar los trapitos al aire” de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿Es usted triste, melancólico(a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿A perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado(a)?
13. ¿Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado(a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo(a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático(a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?
18. ¿Se ríe a veces de chistes groseros?
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
20. ¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son de diario?
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
25. ¿Le gustan las bromas?

26. ¿Piensa a menudo en su pasado?
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?
28. Cuando se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
31. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
34. ¿Le gusta planear las cosas, cuidadosamente, con mucha anticipación?
35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigo)?
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando con otra persona sobre ello?
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
40. ¿Sufre de los nervios?
41. ¿Le gustaría mas planear cosas, que hacer cosas?
42. ¿Deja algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy día?
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
44. Cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
45. ¿Sufre de fuertes dolores de cabeza?
46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglaran por sí solas y que terminarán bien de algún modo?
47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
51. ¿Se mantiene usualmente hermético(a) o encerrado(a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
52. ¿Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar?
53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder en un juego?
55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con sus superiores?
56. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena probar suerte?
57. ¿Siente “sensaciones raras” en el abdomen, antes de un hecho importante?

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPI) PROTOCOLO DE RESPUESTAS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1			20			39		
2			21			40		
3			22			41		
4			23			42		
5			24			43		
6			25			44		
7			26			45		
8			27			46		
9			28			47		
10			29			48		
11			30			49		
12			31			50		
13			32			51		
14			33			52		
15			34			53		
16			35			54		
17			36			55		
18			37			56		
19			38			57		

RESULTADOS

E :
N :
L :

TEMP

Nombre del evaluado:
Fecha de aplicación:
Lugar:

OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en una investigación cuyo objetivo es conocer diferentes aspectos de la personalidad que pueden estar relacionados con nuestra adaptación al medio.

Para lograr dicho objetivo, usted tendrá una entrevista con el investigador (Lic. Percy Guzmán Grados) y contestará dos cuestionarios sobre su manera de sentir, pensar y comportarse, lo que tomará alrededor de 45 minutos.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista y a los cuestionarios serán codificadas para mantener el anonimato, y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

No existen riesgos aparentes para usted al participar en este estudio, y si no le agrada algo del mismo puede abandonarlo en cualquier momento sin que esto le acarree perjuicio alguno. Tiene el derecho de hacer cualquier pregunta al respecto al investigador y también la posibilidad, si así lo desea, de conocer los resultados personales de los cuestionarios.

Con su participación, usted contribuirá a incrementar el conocimiento acerca del tema en estudio.

.....

Acepto participar voluntariamente en esta investigación cuyo propósito y demás condiciones indicadas líneas arriba me han sido debidamente explicados.

Nombre

Firma

Fecha